

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton



NEUVIÈME SÉRIE — TOME DIXIÈME

SOIXANTE-SEPTIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1909

620512971

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

213810019K3129-031032

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Histoire.

—

UN ALIÉNISTE PRÉCURSEUR

Par le D^r Edmond CORNU.

Les aliénés gémissaient encore dans leurs fers quand Pinel comprit enfin la folie et, d'un geste médical autant qu'humanitaire, brisa leurs chaînes. Il comprit « qu'il fallait aux lésions de la pensée un traitement moral et qu'il n'y avait pas de traitement possible sans la suppression des violences corporelles ». A juste titre, sa grande figure demeure comme le centre du grand mouvement de commisération pour les aliénés qui s'est manifesté à la fin de l'avant-dernier siècle.

Les résultats de ce mouvement furent cependant assez lents puisque Esquirol, en 1818, dans un rapport au

ministre, se plaignait encore que les aliénés fussent plus maltraités que les criminels et les bêtes. Et pourtant à côté de Pinel, autour de lui, ou bien mettant à profit ses enseignements, des philanthropes obscurs, inconnus de nos jours, s'appliquèrent à améliorer la condition des aliénés. Pinel leur rend d'ailleurs un hommage mérité et ce grand réformateur constate que ce ne furent pas toujours des médecins, mais parfois des hommes simplement guidés par un jugement sain qui modifièrent le traitement des aliénés et arrivèrent à opérer des guérisons nombreuses : tels le concierge de l'hospice des aliénés d'Amsterdam, le directeur de l'hospice de Manosque, le pharmacien de l'hôpital de Bethléem à Londres, etc.

Au nombre de ces inconnus et dans cette catégorie, nous croyons légitime de faire figurer Joseph Tissot (1780-1864), qui n'entreprit pas moins de seize créations d'hospices pour aliénés dans diverses [régions] de la France ; quelques-unes de ces créations furent les assises d'asiles actuellement existants.

Ce fut un philanthrope, une manière de saint laïque qui s'intitulait d'ailleurs « fondateur d'hospices pour les aliénés les plus pauvres et les plus délaissés ». Il aurait publié de nombreux ouvrages pour défendre les aliénés contre l'indifférence générale et contre les procédés barbares des médecins aliénistes ; d'une manière incessante par sa parole ou par ses écrits, cet homme bienfaisant plaida la cause des malades et sut se procurer des ressources qu'il consacra uniquement à l'hospitalisation des aliénés. Une partie de cette œuvre fut accomplie alors qu'il était frère de Saint-Jean-de-Dieu ; mais il quitta d'assez bonne heure cette congrégation, soutint même des procès contre elle, et mourut seul et misérablement à l'âge de quatre-vingt-quatre ans des suites d'un accident : renversé par une voiture

dans une rue de Paris, il mourut de shock à l'hôpital.

Il a laissé un « mémoire en faveur des pauvres aliénés » et, en les contrôlant le plus possible, nous y avons puisé les renseignements suivants.

Joseph Tissot naquit à Piolenc (Vaucluse), le 14 juillet 1780. Dès son adolescence « s'étant senti appelé par Dieu à secourir les aliénés, à améliorer et faire améliorer leur sort », il vendit ses terres et ses biens, emprunta même pour recueillir dans son propre domaine des aliénés pauvres des départements de Vaucluse, du Gard et de l'Ardèche (1815). Cet hospice dura plusieurs années et absorba tout son avoir ainsi que celui de son jeune frère. A la mort de ce dernier, profondément découragé, il se retira dans un petit ermitage dans les montagnes, « vivant de pain et d'eau, méditant et priant ».

Il quitta cette retraite après quelques mois et vint à Marseille dans le dessein de rétablir une congrégation des frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu ; il y réussit et obtint des subsides des administrateurs des hôpitaux (1819), qui lui confièrent le soin des aliénés. Il laissa cet établissement en état de prospérité et se rendit à Toulon (1820) pour consoler, soigner, recueillir et servir les *infortunés aliénés condamnés par erreur aux travaux forcés* ; mais cette mission ne lui fut pas permise.

Accompagné de plusieurs frères hospitaliers, il fonda d'abord des écoles primaires et un noviciat à Saint-Paul-Trois-Châteaux (Drôme), et successivement dans plusieurs villages du département de la Lozère (1820-1821). Avec le produit des quêtes qu'il faisait faire, il achète dans ce département le vieux château de Chayla-Danse et y recueille « les pauvres aliénés qui se trouvaient dans les prisons de la Lozère et des départements circonvoisins ».

Son exemple, son ascétisme intéressaient et ils semblent avoir entraîné le zèle et le dévouement de novices et de femmes qui se consacrèrent avec lui au traitement de tous les aliénés qu'on voulait lui envoyer. Plus tard, il fit transférer cet hospice au château de Champagneu, près de Lyon. Il fit ensuite pour les femmes aliénées à Saint-Alban (1821), ce qu'il venait de faire pour les hommes et, le service établi, il céda l'hospice au département de la Lozère.

Il envoya à Paris plusieurs des frères hospitaliers des établissements de la Lozère (1822), pour y étudier la pharmacie et la chirurgie que, « sur ses recommandations », Dupuytren et Clarion leur enseignèrent. Il y vint muni de recommandations du préfet de la Lozère, publia et édita de nombreux opuscules et journaux et fonda, rue des Postes, 24, un hospice destiné « aux aliénés, estropiés, idiots, les plus pauvres et les plus délaissés qui se trouvent parmi les aliénés gâteux de Bicêtre ».

Sur l'offre du préfet de la Loire et du maire de Montbrison, il transporte à l'ancien couvent de Savigneu les aliénés de Chayla-Danse (1824); mais l'insalubrité de ce local et la fièvre typhoïde qui décima les hospitalisés, le poussèrent à transférer de nouveau ses malades au château de Champagneu, près Lyon (1824).

Ayant voulu s'installer à Lyon, « rue de Grenoble », un riche commerçant qui y avait une villa lui offrit et lui donna 10.000 francs s'il voulait consentir à fonder ailleurs son hospice d'aliénés : cela lui servit à faire le premier paiement du château de Champagneu. Il sut éveiller l'intérêt des conseils généraux des départements voisins, établit jusqu'en Belgique des quêtes qui furent abondantes et par les profits sur les pensions des aliénés riches et sur celles des aliénés au compte des départements (Ardèche, Drôme, Loire et Gard), il put

créer un établissement important et riche qu'il évalue à un million.

Il se présenta ensuite devant le conseil général de l'Ain en séance et s'offrit pour créer un asile et sortir les pauvres aliénés « enfermés comme des animaux féroces dans des cabanons insalubres construits dans une cour du séminaire de Brou ». Le conseil général lui vota 25.000 francs et lui affecta un ancien couvent de Lazaristes. A ses frais, il créa l'hospice Sainte-Madeleine pour les femmes aliénées (1824). Il s'insurge contre « le luxe désordonné et scandaleux qui, à son dire, fut établi plus tard dans ces établissements pour les aliénés riches qui supplantèrent les aliénés pauvres employés à des travaux forcés non salariés ».

Afin de faire face aux dettes que ces créations lui avaient fait contracter, il rêve de créer un hospice dans une région qui en fût dépourvue ; il inspire confiance, obtient des crédits pour les achats, se livre à des quêtes fructueuses (une seule tournée en Belgique lui aurait rapporté 18.000 francs), et c'est ainsi qu'à son dire il aurait pu acheter par l'entremise de M^e Delafontaine, notaire, un domaine du prix de 32.000 francs et qu'il aurait fondé un hospice à Lommelet (Nord), en 1825.

Il vint ensuite à Toulouse, mais la jalousie et l'hostilité du curé de la paroisse l'obligèrent à renoncer à y fonder un hospice (1825).

Appelé par le préfet de la Loire-Inférieure où les malades se trouvaient « comme partout, enchaînés et enfermés dans les prisons et les hôpitaux », il ne put également aboutir à cause des exigences du conseil général qui lui imposait des paiements à termes trop courts. De même sur la demande du préfet qui lui confia la réorganisation de l'asile (1827), il délégua à Auch des sœurs hospitalières qu'il avait formées ; les malades s'y trouvaient, écrit-il, « certainement plus

maltraitées que les animaux féroces dans les ménageries ».

Il raconte en outre qu'il fonda à Saint-Aubin (Côtes-du-Nord) un hospice dans un ancien couvent ; cet asile fut transféré ensuite à Lehon, près de Dinan (1827).

Les établissements de Champagnen et de Lommelet prospéraient et pourvoyaient à tous ces aménagements, ainsi que les quêtes méthodiquement organisées et les profits retirés des librairies que Tissot créa à Paris, puis à Clermont-Ferrand.

Sa spécialité semble assez évidente et connue, puisque successivement les préfets du Finistère, du Puy-de-Dôme, du Gers, l'invitent à venir organiser l'assistance aux aliénés de leur région. Ayant réuni en association des âmes généreuses qui se vouaient au service des aliénés, Tissot jeta la base de quelques asiles ; mais n'ayant pas un personnel suffisant et les ressources nécessaires il se vit obligé de céder son entreprise aux congrégations naissantes qui arrivaient mieux outillées. C'est ainsi qu'on retrouve son passage à l'asile de Quimper (1827), à Clermont-Ferrand, où il dut fermer son asile et vendre sa librairie, aux asiles de La Celllette (1831), de Leyme (1836).

L'asile de Privas fut ensuite créé en 1837 avec l'aide de deux prêtres, les abbés Chiron et Vincent, qui quittèrent leur paroisse pour se consacrer avec Tissot à l'assistance des aliénés.

Cette œuvre est assurément énorme. Elle nous le paraît d'autant plus que nos recherches nous ont permis de la contrôler et de nous convaincre qu'elle est due à l'activité et à l'initiative de Tissot. Son zèle fut sans doute facilité par l'opportunité du moment, car un grand mouvement de pitié et d'humanité succéda en France à la poussée de la Révolution, mais son autorité personnelle paraît avoir été très grande : outre qu'il

sut attirer à lui de nombreux dévouements et des concours efficaces, il fut à maintes reprises sollicité par les préfets de divers départements.

Son action se place dans une période sensiblement antérieure à la discussion et au vote de la loi de 1838, son récit nous donne par conséquent un aspect de la question d'assistance des aliénés. Les aliénés étaient partout confondus dans les prisons, maltraités, enchaînés de façon souvent pire « que les animaux dans les ménageries » ; mais un souffle humanitaire et généreux commençait à circuler. Le mérite de Tissot fut de préparer ce courant, de s'y consacrer entièrement avec une grande bonté et avec quelque intelligence. « La cause que je défends est celle de l'humanité, dit-il. Les aliénés pauvres et riches sont les plus malheureux et les plus souffrants des hommes ; ils sont partout exploités et victimes de la cupidité, de la cruauté, de l'ignorance et de la fausse science de tous ceux qui les traitent, les approchent, les entourent ou ont des rapports avec eux. J'étais continuellement sollicité par le désir de secourir les pauvres et trop malheureux aliénés. Je les voyais dans les prisons et dans les loges d'hôpitaux, enfermés, enchaînés, gisant nus sur un peu de paille brisée et en poussière, ne recevant un peu de nourriture que par une petite ouverture pratiquée obliquement dans le mur de leur loge ou par le trou d'un guichet, privés de toute consolation, en proie à toutes les horreurs et la souffrance de l'ennui, livrés au désespoir et complètement abandonnés de leurs parents et de leurs amis. »

Mystique, comme nous le verrons se dévoiler lui-même, il met sa sensibilité au service d'une belle cause. Il crée des asiles et les place sous la sauvegarde du gouvernement, des magistrats, des habitants ; il ne manque pas de les offrir par destination aux aliénés

« les plus pauvres et les plus délaissés, non aux aliénés qui sont au compte des départements dont les pensions présentent des bénéfices considérables, outre qu'on exploite ces malheureux par les travaux forcés non salariés qu'on leur impose, mais aux pauvres aliénés tout à fait abandonnés ou qui, appartenant à des familles pauvres, n'ont eu ni amis, ni protecteurs assez influents pour pouvoir les faire admettre au compte des départements ; bien entendu que, si, au commencement de chacune de mes fondations, j'ai reçu des aliénés riches, ce n'a été que provisoirement et pour faire servir les profits de leurs pensions à secourir gratuitement et par charité les aliénés les plus pauvres et les plus délaissés, conformément à l'Évangile ».

A cette grande bonté s'allie une assez vive intelligence médicale et une compréhension moderne des nécessités de l'assistance. Il semble rêver déjà pour les indigents d'un internement libre, facile et volontaire. De même il va dans les prisons chercher les aliénés et il va aussi au bagne de Toulon « rechercher et recueillir les malheureux *condamnés par erreur* ». Sa philanthropie s'éclaire encore de vues modernes sur le traitement des aliénés : c'est ainsi qu'à Quimper, où il fut appelé par le préfet, M. de Castellane, pour organiser l'asile en construction, il s'empessa de faire démolir un certain nombre de loges déjà construites, car, dit-il, « la perte de leur liberté et la réclusion cellulaire rendent ordinairement incurables les infortunés aliénés et les portent au désespoir et au suicide ». Et il les tient libres le plus possible, vivant constamment au milieu d'eux et leur créant une dérivation à leurs maux par le travail qu'il considère comme curatif.

A côté de ces conceptions qui dénotent une certaine valeur d'appréciation et d'observation médicales, pourrait-on dire, se place la simplicité naïve d'autres

moyens thérapeutiques. Car, Tissot est une manière d'évangéliste égaré au XIX^e siècle ; croyant au diable et à son intervention dans les choses de ce monde, il était persuadé que l'aliénation mentale était sous l'influence de la possession démoniaque. Et il « travaillait tout le jour, passait la nuit sur une chaise auprès des malades, ne mangeant que du pain et ne buvant que de l'eau, car le Christ, dit-il, prescrit le jeûne et la prière comme le moyen le plus puissant pour obtenir la guérison des aliénés ».

Evidemment la prière, le jeûne forcé, ne furent pas des éléments très raisonnés ni efficaces de sa thérapeutique. Limitons-nous médicalement à lui savoir gré de s'être appliqué par contre à supprimer claustration, contrainte, violence et, à sa décharge, remarquons que cette singulière thérapeutique par le jeûne fut fonction de son mysticisme, logique avec lui, et non pas instituée dans un but d'économie ou de lucre.

Quoi qu'il en soit de ces pratiques qui nous font sourire, Tissot paraît par ailleurs d'esprit très pratique, expert dans la connaissance des hommes et avisé, car dénué personnellement de ressources, il sut néanmoins mener à bien une œuvre considérable.

Cette figure décidément intéressante méritait un sort meilleur. Cet ami des pauvres acheva misérablement sa vie et connut des années de malheur et de misère sans jamais s'être écarté du but qu'il s'était tracé. Il termine son opuscule en disant « qu'accablé de graves infirmités, après avoir passé toute sa vie au service des pauvres aliénés, après avoir employé toute sa fortune, ses travaux, son industrie à accomplir l'œuvre la plus urgente et la plus difficile qui se fût jamais présentée à la pitié des hommes, dépourvu de tout, vieux et infirme, il demande justice pour les compagnons de ses travaux contre tous les envahisseurs, contre tous

ceux qui exploitent les malheureux aliénés, les tourmentent ou les tuent en grand nombre par d'absurdes et cruelles expériences *in anima vili* ».

Et cette sorte de réquisitoire, cet appel à la pitié était signé : « Joseph Tissot, fondateur d'hospices pour les aliénés les plus pauvres et les plus délaissés ».

Pathologie.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION

ET DE GRANDEUR MYSTIQUE

AVEC HALLUCINATIONS VISUELLES CHEZ UN DÉBILE

Par le Dr CHASLIN, et

A. COLLIN,

Médecin de Bicêtre.

Interne des hôpitaux.

V... est actuellement âgé de vingt-cinq ans, il est entré à Bicêtre le 29 janvier 1907, après avoir fait plusieurs métiers.

Son oncle, dès son entrée, nous fournit les renseignements suivants :

Son père, typographe, est mort à cinquante-trois ans, il n'était pas buveur.

Sa mère, très nerveuse, a eu des attaques de nerfs.

Son grand-père, peu sobre, était bien portant.

L'oncle, pendant la conversation, donne l'impression d'être un débile.

V... nous a raconté sa vie. Il est resté à l'école jusqu'à quinze ans, il n'a pas eu son certificat d'études ; il s'est engagé comme groom chez la duchesse d'A... ; il a fait ensuite d'autres places ; dans chacune il reste peu de temps, car « on lui fait perdre son ouvrage en sous-main ».

Dispensé de deux ans de service, comme aîné de sept, il fait un an et subit quelques punitions pour des motifs légers. Il est quelque temps domestique chez un vétérinaire, et, au mois de novembre 1906, il est arrêté pour délit de filouterie d'aliments. Ecrroué à la Santé, on commet un expert sur le rapport duquel on l'amène de la prison à l'asile.

D'après sa sœur, la maladie serait apparue brusquement, aux environs de Pâques 1906 : il quitte son travail après des altercations avec des camarades ; il se livre à des excentricités en se lavant la tête au pétrole ; il attire l'attention sur lui en se plaignant au commissaire que des femmes le poursuivent qui veulent l'épouser. Il change de restaurant, car on veut l'empoisonner.

Quant à lui, il interprète différemment le début (?) de la maladie et dit qu'on l'a rendu fou brusquement en faisant brûler du soufre et en lui envoyant des décharges électriques. « C'était l'œuvre de messieurs et dames rétribués à cet effet. »

Tout nous porte à croire cependant que l'état morbide remonte beaucoup plus loin. Les renseignements de police portent en effet que V... avait déjà commis des flouteries d'aliments à trois reprises différentes et que ses allures avaient attiré sur lui l'attention de la Préfecture. Il nous a expliqué ces flouteries en disant que la duchesse d'A... l'empêchant de gagner sa vie, il avait faim, et qu'il se faisait servir à manger sans argent.

A son entrée, le 29 janvier 1907, V... se présente correctement, sa tenue est excellente, sa démarche est normale, il observe les règles élémentaires de politesse, mais sa physionomie est un peu méfiante ; il semble se tenir sur ses gardes et son attitude est réservée. Il n'est néanmoins nullement réticent et l'interrogatoire est aisé. Ce qui frappe au premier abord, c'est la débilité mentale de V... Nous en parlons immédiatement pour ne plus y revenir. Il a le masque presque immobile et sans rides du débile, il parle en ouvrant largement la bouche.

Son discours est fait de phrases telles que celles-ci :

« J'ai le très grand honneur, des messieurs et des dames, rétribués à cet effet, il m'est impossible, dans cet état de choses, etc., etc. »

Les écrits, dont il est prodigue dès le premier jour de son entrée, sont rédigés au début d'une façon ordinaire. Puis, rapidement, ils sont disposés d'une façon spéciale :

« M. le comte G. de W.

« M^{me} la duchesse d'A.

« Cette

« dame

« aurait alloué

« une

« somme de 50.000 francs

« à

« chacun de ces

« messieurs de la police. »

Le contenu même de son délire est si niais que dans un premier certificat on a fait des réserves sur la simulation possible.

Notons enfin qu'il n'a retenu que fort peu de choses de son long passage à l'école. Son instruction primaire est très minime, et si la lecture et l'écriture sont suffisantes, le calcul élémentaire à peu près satisfaisant, il ignore complètement qu'il y a quatre grands fleuves en France, il ne sait pas le nom des capitales de l'Europe et n'a que de bien imprécis souvenirs des grands faits historiques, etc.

L'examen somatique nous montre quelques stigmates de dégénérescence, tels que le décollement des oreilles, la largeur exagérée du diamètre bipariétal, l'obliquité marquée (non traumatique) du nez à droite.

Cependant, son état général est parfait, il mange bien et dort bien, le fonctionnement de tous les organes est parfait.

V..., à son entrée, nous a avoué sans aucune réticence les différentes persécutions dont il avait à se plaindre. Tant par la lecture de ses nombreux écrits que par la conversation, reprise différentes fois dans les premiers mois, nous avons pu reconstituer chez lui un roman très net, bien qu'absurde, de persécution.

V... a été et est toujours parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. Il n'est cependant nullement étonné d'être à Bicêtre et explique cela simplement par le fait qu'il est l'objet d'une vengeance de la part de la duchesse d'A... qui l'a fait enfermer et le fait maintenir. Il spécifie nettement le nom de cette principale persécutrice. Mais les griefs qu'il a contre elle ne sont pas très précis. Il sait qu'elle est très riche et dépense 45.000 francs par jour pour entretenir sa police, qu'elle a fait placer une dynamo et un carburateur sous la prison de la Santé et que ces appareils, qui envoient des étincelles, sont mis en mouvement par trois hommes et deux femmes rétribués à cet effet.

Des dames nombreuses, dirigées par les dames D..., A..., S..., C... et R..., s'emploient à lui faire perdre ses places, de connivence avec le commissaire de police, qui tolère leurs agissements et ferme les yeux sur les menées coupables des francs-maçons.

Cependant, trois de ces messieurs, appartenant à la police

secrète israélite, sont constamment présents et le préviennent de ce qui doit arriver ou tout au moins notent les principaux faits pour pouvoir témoigner en justice.

Si l'on cherche à faire préciser ce point et à savoir s'il peut compter là sur de véritables défenseurs, il répond : « Je ne crois pas, ils sont payés en sous-main par M^{me} d'A... »

« Y a-t-il cependant des personnes pour vous ? »

— Les personnes qui sont pour moi appartiennent à la police israélite ; mais je ne peux rien affirmer dans cet état de choses, j'entends ces messieurs par l'usage de l'ouïe et je converse avec eux par la pensée. »

Qu'entend-il exactement par l'usage de l'ouïe ? Il a été extrêmement difficile d'obtenir des réponses précises sur ce point. Après de nombreuses tentatives, on parvient enfin à savoir qu'il a des hallucinations de l'ouïe réelles. Il entend la voix « de personnes qu'il ne voit pas et qui sont plutôt un peu pour lui », et notamment la voix d'une dame S... « Je l'entends causer de n'importe où je me trouve. » Il a rédigé les propos tenus par cette dame. Il est par elle injurié de la pire façon, elle le berne : « On fera brûler de l'opium pour te rendre fou, ou du soufre pour te dessécher, pour te faire crever plus vite, andouille. » Et son interlocutrice lui parle réellement, car, de peur qu'il ne perçoive tous les propos, cette dame *cause à voix plus basse* parfois, et malgré cela il peut encore entendre : « Il faut que t'en attrapes pour cinq ans, andouille. »

En outre, M^{me} S..., tout en l'injuriant de la sorte, le renseigne ; il a appris par elle que d'autres personnes sont déjà devenues folles par ce procédé et que les carburateurs qu'elle sait manier feront des victimes tantôt dans un quartier, tantôt dans un autre.

De plus, en termes fort grossiers, cette dame S... le menace de lui donner des érections nocturnes. C'est la première personne qui, semble-t-il, lui ait donné des préoccupations génitales par ses paroles, ses menaces ou ses promesses. Ces préoccupations génitales deviennent peu à peu fréquentes chez lui ; il en parle à différentes reprises, elles revêtent un caractère plutôt désagréable. Mais ici son récit reste toujours très imprécis. On ne peut savoir si les dames « dont on l'oblige à humecter fortement le postérieur » lui apparaissent ou manifestent leur présence à sa seule pensée. Toujours est-il qu'il se plaint d'elles à différentes reprises, et encore tout récemment, le 29 janvier 1909, il est venu à la visite se plaindre de ce que

de nombreux lombagos dans les testicules lui avaient été envoyés par ces dames.

Et c'est alors à cette date que nous avons pu constater pour la première fois de graves préoccupations hypocondriaques chez V... et l'emploi de néologismes.

« — Je suis atteint de plusieurs lombagos dans les testicules.

— Précisez.

— Ce sont des espèces de boules de chair.

— Depuis quand?

— Depuis plusieurs jours ; il me faut une opération.

— Mais je ne vois rien.

— Elles vous sont invisibles, elles m'ont été envoyées par ces dames de sexe *Nicabout*.

— Avez-vous vu ces dames?

— Non, mais je suis au courant par la transmission de pensée.

— Qu'entendez-vous par sexe *Nicabout*?

— C'est une femme qui ne porte aucun sexe ; elles sont détenteurs de testicules, mais je ne puis pas dire comment elles sont faites. Je sais que c'est pour abuser de ma nature.

Ces dames m'ont fait humecter leur postérieur et leur matrice à l'aide de l'*hynoptisme*. »

Il est impossible de lui faire avouer qu'il voit ces dames.

V... a manifesté aussi diverses hallucinations autres que celles de l'ouïe. Les plus précises sont les hallucinations de la sensibilité générale. Il se plaint fréquemment d'être roué de coups, à l'aide d'une barre de fer. Il se déclare couvert d'ecchymoses, de contusions et quand on lui fait constater qu'il n'y a rien, il répond que ce sont des coups internes qui ne peuvent pas se voir.

On a introduit dans ses aliments de l'arsenic et de l'aloès. M. de K... et M^{me} de A... sont compromis, ainsi que le surveillant qui facilite « cet acte odieux » ; et le poison avec lequel il n'en a pas pour longtemps à vivre, lui a occasionné un vomissement, il a vu un liquide gluant et blanchâtre sortir de son estomac. Mais il n'est que probable qu'il a eu des illusions du goût. Pas d'illusions de l'odorat.

Ce roman s'est peu à peu complété sous nos yeux. Mais le 4 décembre 1908, une addition tout à fait nouvelle a eu lieu.

V... pour la première fois se tient immobile dans la cour, les mains jointes en regardant fixement les cloches de l'église.

D. Que faites-vous?

R. Je fais une courte prière pour me permettre de me défendre contre ceux qui m'en veulent. C'est une prière courte : « Notre Père et Vierge je vous implore. »

D. Seriez-vous appelé à une haute destinée?

R. Je suis appelé à occuper la place que Bruno Bonaparte occupait ; je serai nommé par des guerres successives, j'ai grade de général. Je suis capable de combattre contre beaucoup de ces messieurs, j'ai des idées qui me sont venues de Dieu. Je suis Dieu. J'ai une tactique spéciale. J'ai fait des inventions de machines de guerre, je suis le plus intelligent, sans parti pris, je suis touché du sublime. Quand je fais ma prière, une lumière m'apparaît devant les yeux, se pose sur mon front directement, je vois une vision spéciale.

D. Pourriez-vous la dessiner?

Il exécute sur le papier un ovale informe, long de 6 centimètres.

D. La prière que vous dites a-t-elle un pouvoir spécial?

R. Oui, monsieur, j'ai été élevé chez les frères et je suis peu dévot, mais une révélation m'a obstrué la cervelle.

Des dames payées m'ont nui dès le berceau.

(C'est la première fois qu'apparaît ce délire rétrospectif.)

D. Comment cela?

R. Elles connaissaient déjà mon avenir pour me nuire.

Le 11 décembre 1908, il nous apprend que peu de temps auparavant (sans date précise) au moment où il s'endormait, il a vu un ange tout en or de 3^m50 :

« Comme je vous vois à travers les tabatières, il est passé dehors, je ne l'ai vu que passer, cet ange prenait la direction du ciel, c'est bien un ange qui m'est apparu.

D. Vous a-t-il parlé?

R. Non.

« Une personne qui n'est pas inspirée ne peut se rendre compte, c'est bien devant les yeux. J'ai vu aussi Bonaparte sur le mur comme une statue devant mes yeux, il cachait le mur, il était tout doré, c'était durant mon sommeil. »

C'est là bien réellement un fait nouveau dans son histoire qui donne un nouvel essor à tout son délire.

Nous avons dit plus haut, que le 29 janvier 1909, V... avait révélé des idées hypocondriaques et avait employé des néologismes pour la première fois.

Depuis cette époque aussi son allure a changé, il a aban-

donné ses façons polies, il est agressif, et a été une fois un peu menaçant. Son délire s'étend, tout le monde est compromis, il croit que l'interne du service est aussi suspect que les persécuteurs de la première heure; un de ses voisins a voulu l'empoisonner aussi, des prêtres ventrus le sodomisent, des agences clandestines sont compromises; il frappe facilement les autres malades, et toutes les femmes qui entrent dans la section lui sont aussi suspectes. Il n'écrit plus.

Le 8 avril, il est un peu plus calme; on en profite pour l'interroger de nouveau.

D. Ces dames vous laissent-elles tranquilles?

R. Tout cela se passe à l'aide d'une puissance occulte.

D. Et le diable?

R. Il ne m'a jamais tenté!

D. Vous avez vu des anges?

R. Oui, j'ai vu un ange, comme je l'ai dit plusieurs fois, — c'est moi qui doit faire le bon Dieu plus tard; le diable n'a aucun pouvoir sur moi. Je serai crucifié à Jérusalem; je ressusciterai roi après ma mort.

D. Qui êtes-vous actuellement?

R. L'empereur (Il rit.) C'est le pouvoir sublime qui me fait rire. On fait de moi ce qu'on veut, je ne suis plus le maître de ma volonté. — Les Juifs sont contre moi. Je fais l'empereur et je me battrai contre les Allemands, les Cosaques.

D. Voyez-vous toujours les anges?

R. Non, pas en ce moment. (Il se met à rire niaisement.) Je vous demande pardon de vous manquer de respect, mais chaque fois que je viens ici je suis forcé à rire.

D. Mais quand et où avez-vous ces visions?

R. Cette vision ne m'est apparue qu'une fois. Je suis au courant de ces choses par ces messieurs de la police secrète...

D. Qui serez-vous?

R. Je ne serai pas Dieu, mais fils de Dieu, son représentant sur terre. Jésus-Christ n'est pas Dieu, mais son représentant. Je ne suis pas Dieu, je n'ai pas créé le monde; il existait déjà avant 1882.

D. Quand vous serez crucifié, vous mourrez?

R. Oui, je tomberai comme évanoui, on m'enterrera... Je fais les campagnes d'Italie, d'Allemagne, ensuite je meurs, puis je ressuscite, je dois tenir une place à la droite de Dieu. (Il rit.) On m'a porté à rire... Je vivrai éternellement.

D. Qu'est-ce que cela veut dire?

R. Je vivrai toujours en représentant une figure divine.

D. Vous ne me paraissez pas très fort en théologie!

R. Non, je n'ai pas beaucoup d'instruction; j'ai eu la cervelle obstruée à la suite d'une chute.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres.

Il n'y a pas bien longtemps, on n'aurait eu aucune difficulté à faire de ce cas un délire des persécutions avec idées de grandeur mystiques chez un débile.

La débilité mentale est évidente et aurait suffi amplement à expliquer la niaise systématisation du délire. Avec la lenteur relative à l'évolution de ce délire à allures chroniques, dès le début, on aurait aussi fait un mauvais pronostic très probable, pronostic de chronicité. Mais Kraepelin est venu et quelques-uns à sa suite, même en France, trouvent qu'un tel diagnostic n'est plus à faire, car, pour eux, toute « paranoïa » hallucinatoire n'est plus une « paranoïa ». Ils rangeraient ce cas sans hésiter dans la « démence précoce à forme paranoïde ». Ils sont plus kraepelinien que Kraepelin lui-même, qui présente la chose sous forme hypothétique. Que dit en effet Kraepelin? « Ces formes, précédemment, je les mettais parmi les formes de la paranoïa avec grand développement d'imagination (*forme fantastiche della paranoïa*), comme on le fait d'habitude. Peu à peu cependant il m'a paru plus vraisemblable qu'elles aient un rapport plus étroit avec la démence précoce qu'avec la paranoïa. S'il s'agit réellement dans ces formes d'une maladie caractéristique, c'est l'avenir qui en décidera (1) ».

Je ne parle pas ici de la première forme de démence

(1) Nous citons ici d'après la traduction italienne de la 7^e édition allemande : Kraepelin, *Trattato di Psichiatria*, traduzione sulla VII edizione originale per il Dott. Guido Guidi, vol. 2, p. 202.

paranoïde, qui, elle, paraît bien exister tout au moins cliniquement, comme l'a démontré Ségla (1), et qui, en présence de tout arrêt de développement intellectuel marqué, est caractérisée par un délire tout à fait incohérent et paraissant révéler un affaiblissement concomitant de l'intelligence. Nous en avons observé des exemples, que ce n'est pas le lieu de rapporter. Du reste, si Kraepelin est réservé, plus que ses partisans, sur le point de savoir s'il faut ranger ou non les formes hallucinatoires de paranoïa dans la démence précoce, il l'est aussi quant à la nature même de l'affection, car il dit (p. 220) : « La vraie nature de la démence précoce est complètement obscure » ; et plus loin (p. 221) : « Il est encore douteux si la démence précoce, avec toute l'étendue que nous lui avons donnée, est une unité pathologique. » Puis, après avoir dit qu'il faut s'efforcer de distinguer cette démence précoce des autres affections, il ajoute qu'aucun signe n'est pathognomonique (ce que nous savions déjà), et enfin que le fait décisif pour le diagnostic sera toujours l'ensemble de la maladie et non le symptôme isolé. Nous nous en doutions bien ! Mais alors il nous sera permis de dire avec Kraepelin, mais en sens inverse de lui, qu'il nous paraît plus vraisemblable que notre cas n'est pas de la démence précoce, mais de la paranoïa chez un débile, et même, sans employer ces termes, démence précoce et paranoïa, qui ont une signification théorique, nous dirons simplement : nous avons ici affaire à un malade qui présente de la débilité mentale évidente et de la folie systématisée de persécution et de grandeur à allure chronique, qui, suivant toute probabilité, continuera longtemps. Nous donnons au mot débilité et folie des

(1) Ségla. La démence paranoïde, *Annales médico-psychol.*, septembre-octobre 1900, p. 232.

persécutions une signification purement clinique (1). Quant à pronostiquer en outre si V... tombera en démence finalement, d'abord on discute encore sur la signification exacte du mot démence dans ces cas ; puis, en admettant qu'il y puisse avoir vraiment démence, personne ne pourrait savoir si notre malade y arrivera ou non. Nous en saurons donc au fond exactement autant que Kraepelin lui-même et nous resterons sur le terrain solide des faits.

V..., comme nous l'avons dit, est malade depuis au moins trois ans (Pâques 1906) avec idées de persécution systématisées. Et voici que brusquement des idées de grandeur apparaissent en décembre 1908 en même temps que des hallucinations. Ces hallucinations ont été le signal apparent de l'éclosion patente des idées de grandeur, mais il est difficile de dire si ces idées de grandeur sont consécutives ou non à ces hallucinations. Ce genre de passage au délire de grandeur par hallucination est connu. Nous renvoyons simplement à l'article si clinique de F.-L. Arnaud (2).

Mais ces hallucinations chez V... sont visuelles, et ces idées de grandeur sont surtout mystiques. Nous voudrions insister sur ce point. Beaucoup de ces délires de persécution chroniques, plus ou moins bien systématisés, se tiennent en dehors des idées religieuses. Lorsqu'il y a des idées de grandeur, elles sont ordinairement sous la forme d'origine illustre ou de situations officielles brillantes.

Dans ces formes, il n'y a pas d'hallucinations

(1) J. Rogues de Fursac dans la 3^e édit. de son *Manuel de psychiatrie* à propos des délires des débiles (p. 349), entre dans des considérations théoriques qui ne paraissent guère avancer la question.

(2) *Traité de pathologie mentale* publié sous la direction de G. Ballet, 1903, p. 524.

visuelles, sauf celles sur lesquelles insistait J. Falret, peu fréquentes, n'ayant pas d'importance pour le malade lui-même, qui, le plus souvent, ne leur attribue qu'une demi-existence, soit de fanstasmagories, voulues par ses ennemis, soit de pseudo-hallucinations (1). Elles sont quelquefois en rapport avec des idées érotiques.

Quelques délires systématisés sont, d'un autre côté, presque exclusivement mystiques. L'un de nous en a vu des exemples très nets à Bicêtre et nous en observons un en ce moment. L'hallucination de la vue y joue un rôle important, bien que peu fréquente dans le cours de l'affection; elle est très précise, muette en règle ordinaire, et se relie souvent à des idées de grandeur mystique. Cela est aussi bien connu (2). Or, il y a des cas de folie systématisée mixte, à la fois persécution et mysticisme.

L'un de nous avait déjà vu autrefois un malade au sujet duquel M. le D^r Séglas a eu la grande amabilité de nous communiquer ses notes. Ce malade, persécuté par le diable, avait des hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, comme un persécuté ordinaire, mais aussi des hallucinations de la vue réellement nettes, comme un mystique. Un jour, il avait vu Satan en personne, sous la forme d'un serpent monstrueux qu'il avait aussi senti s'enrouler autour de son corps. D'autres hallucinations de la vue, également mystiques, étaient en relation avec un délire de grandeur approprié.

Mais V... nous offre une combinaison encore plus intéressante à notre avis. D'abord, il y a délire de persécution ordinaire avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, avec hallucinations visuelles peu

(1) Voyez : même art. de F.-L. Arnaud, p. 519.

(2) Voyez : Ph. Chaslin. Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations. *Annales méd.-psych.*, t. XII, juillet 1890.

nettes, plutôt des pseudo-hallucinations, liées aux idées érotiques. Puis est venu s'ajouter, par développement d'ailleurs rapide, un délire de grandeur de teinte mystique, et c'est alors qu'apparaissent des hallucinations visuelles vraies, précises, importantes par la signification que le malade y attache. Il nous semble qu'il est difficile de trouver un cas plus probant pour démontrer les étroites relations qui existent entre les idées mystiques et les hallucinations visuelles.

Un dernier point intéressant. On a toujours noté comme très apparentées les idées érotiques et les idées mystiques. Chez V., elles existent les unes et les autres ; les premières paraissent très développées, mais pas en rapport direct avec les secondes.

SUR

LA CYCLOTHYMIE ET LA PSYCHASTHÉNIE

ET

LEURS RAPPORTS AVEC LA NEURASTHÉNIE

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF

Privat-docent de l'Université de Saint-Petersbourg.

Actuellement, le terme « neurasthénie » doit être envisagé comme moins défini, moins net qu'il ne l'a été auparavant. Après que la neurasthénie eut été constituée sous une forme autonome, on commença à y rapporter des manifestations morbides, qui n'avaient rien ou très peu de commun entre elles. Sous le terme de « neurasthénie », on décrivit, entre autres, les formes les plus légères de psychose maniaque-dépressive, des états faiblement exprimés d'affaiblissement psychique dans la démence précoce et d'autres. L'observation démontre que l'on fait passer pour neurasthéniques aussi des personnages, de différent genre, avec organisation pathologique neuro-psychique congénitale ; on pose très volontiers le diagnostic de « neurasthénie » là où chez un sujet donné existe le tableau clinique du symptômo-complexus d'états obsédants. Il est indubitable qu'il existe toute une série d'états morbides les plus variables, en rapport qualificatif, où, effectivement, on observe ce qu'on aurait pu nommer « syndrome neurasthénique », comme expression de la faiblesse irritable du système nerveux.

Les phénomènes de la faiblesse irritable du système nerveux se rencontrent aussi dans les états psychiques obsédants, et dans l'hystérie, et dans l'épilepsie, et dans d'autres cas ; à ces phénomènes doit être rapportée l'impressionnabilité exagérée avec la fatigue et avec l'épuisement rapide de l'énergie neuro-psychique.

Et ces symptômes accessoires, s'associant à diverses formes morbides, souvent cachent derrière eux l'affection fondamentale, la lésion capitale ; ces symptômes sont parfois fugitifs et le caractère vrai de l'affection échappe à l'attention de l'observateur et le diagnostic devient erroné.

Pour s'entendre mieux sur ce groupe, si varié, de phénomènes neuro-psychiques, qui porte le nom de « neurasthénie », il est indispensable avant tout de s'arrêter sur le point de savoir quelle est la liaison qui existe entre la « neurasthénie » et les formes légères de *psychose maniaque-dépressive*, portant le nom de cyclothymie, et par quoi s'exprime cette dernière ? Des recherches de l'école de Kraepelin sur la psychose maniaque-dépressive, naquirent des points de vue vastes et fructueux, à caractère générateur, démontrant que *la mélancolie* et *la manie* d'avant sont seulement des phases de l'affection qui actuellement est connue sous le nom de psychose maniaque-dépressive ; aussi les aliénistes doivent envisager à présent autrement ces manifestations morbides, ils doivent se refuser de les considérer comme des formes morbides autonomes et les reconnaître seulement pour des syndromes aigus mélancoliques ou maniaques, mais pas plus. Une simple observation démontre, d'un côté, que les symptômes externes de la psychose maniaque-dépressive sont variables et surtout très variables chez les individus isolés ; ici, peuvent être ou seulement des phases dépressives-mélancoliques, ou seulement des périodes maniaques,

ou des périodes alternantes (de « manie » et de « mélancolie »), ou même une association simultanée de ces périodes chez un seul et même malade ; si nous ajoutons à cela que les symptômes aigus peuvent être de différente durée et de différente intensité et si nous nous rappelons que les intervalles lucides entre ces périodes peuvent être aussi d'une durée très variable, alors ressortira nettement toute la diversité infinie des particularités personnelles, propres à chaque individu isolé dans la psychose maniaque-dépressive. Cette circonstance amène à cela que souvent deux malades, tous les deux souffrant d'une seule et même affection mentale, ne se ressemblent pas du tout du côté externe ; l'un d'eux supporte sa maladie sans même abandonner ses occupations habituelles ; l'autre a besoin d'un internement dans un asile spécial. Du point de vue de la biologie pathologique, il n'y a pas de passages marqués de l'état approchant de ce qu'on nomme norme et santé à un état marqué des symptômes très accentués de psychose maniaque-dépressive. D'un autre côté, il peut exister des cas où les oscillations de l'état émotif, de plus ou moins longue durée et sensible pour le malade lui-même, se manifestent si faiblement, si invisiblement qu'il n'y a même pas question d'aucun trouble dans l'activité psychique. Ce fait peut être déjà reconnu *a priori* et il est parfaitement confirmé par l'observation. Effectivement, on rencontre des personnes qui, parfois, remarquent chez eux l'apparition d'une certaine apathie et d'un certain embarras dans le processus de l'idéation ; en même temps, elles éprouvent une certaine faiblesse générale, une lassitude et il leur paraît que quelque chose leur manque ; leur travail habituel ne va pas bien et il leur tombe des mains ; en un mot, ces individus sentent qu'un changement s'est opéré en eux, que leur activité psychique s'est modifiée et devient

autre, moins libre et moins légère qu'avant. En même temps, chez un tel malade commencent à surgir des pensées tristes, par exemple, sur l'inutilité de leur vie et le désir de finir avec cette vie triste, ce que jamais, d'ailleurs, un tel malade n'avouera à personne.

Cette période d'état émotif déprimé, de lassitude et de mauvaise humeur, avec conservation de la netteté de la conscience, peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, pour disparaître tout à fait et donner place à un autre état émotif, tout à fait contraire, lorsque survient une période de bonne humeur, de gaieté même, lorsque les pensées ne sont plus tristes et moroses, lorsque le sujet donné se sent bien et pense avec plaisir à son avenir. Dans certains cas, la phase de légère dépression est suivie non seulement par un état de bonne humeur seulement, mais par un état émotif légèrement exagéré, avec accélération des processus psychiques ; ensuite, chez un tel malade peut de nouveau réapparaître la période de mauvaise humeur et d'une légère dépression, et cette période peut de nouveau disparaître, etc.

Souvent, ces oscillations d'état émotif apparaissent sans causes visibles ou en liaison avec de telles conditions étiologiques, qui, ordinairement, ne donnent pas de modifications pathologiques du côté de la sphère neuro-psychique.

Il faut remarquer que les oscillations de la sphère émotive, indiquées plus haut, leur cours cyclique, se manifestent chez les personnes qui y sont sujettes, déjà au jeune âge, à l'âge juvénile ; et parfois elles s'expriment par cela que chez le sujet donné existent des passages rapides de l'état émotif sous forme de jours *bons* ou de *mauvaises* journées.

De telles oscillations de l'état émotif, faiblement exprimées, n'ayant aucun retentissement sur l'état physique de l'organisme ou, plus souvent, se reflétant

sur ce dernier imperceptiblement, portent le nom de « cyclothymie » ; et il n'y a pas de doute que cette dernière se rapporte à la catégorie de la psychose maniaque-dépressive, dans sa manifestation la plus faible.

Il n'y a rien d'étonnant, ni d'inattendu que de telles formes de psychose maniaque-dépressive se rencontrent, qu'elles soient possibles, car il n'existe pas de passage marqué de ce qu'on peut nommer santé (par la cyclothymie) à une forme très accusée de psychose maniaque-dépressive. Ce qui passe sous les yeux de l'observateur dans la cyclothymie, se rencontre souvent dans la vie ambiante ; et dans ces cas, chez les personnes sujettes à la cyclothymie, on peut noter tantôt l'abaissement de l'activité psychique, tantôt son exagération, ce qui pour la plupart s'exprime dans l'alternance de périodes plus ou moins longues de dépression ou de l'état émotif exagéré. Là, où les oscillations pathologiques atteignent une plus grande profondeur, une plus grande intensité, pendant la période dépressive on peut observer de l'insomnie, de la diminution de l'appétit, de la tendance à la constipation, des sensations désagréables dans la tête sous forme de compression, etc. Parfois, il semble que ces anomalies physiques servent de cause à la dépression, au malaise, à l'état émotif désagréable ; pourtant, il faut les considérer comme résultat de la dépression de l'activité psychique, comme des symptômes de qualité purement physique, accompagnant la dépression mentale, dans le fond de laquelle on peut supposer l'anémie de l'écorce cérébrale.

Ces anomalies de la sphère émotive, ces faibles manifestations de psychose maniaque-dépressive, portaient jadis le nom de *neurasthénie circulaire* ou *périodique*.

Sans doute, de notre temps aussi il se trouvera des

personnes qui seront portées à partager cette opinion, et verront dans la cyclothymie, non la psychose maniaque-dépressive (ses faibles manifestations), mais justement la neurasthénie circulaire. Moi, personnellement, je considère ce point de vue comme erroné, quoique je sois d'avis que le terme psychose « maniaque-dépressive » n'est pas tout à fait commode pour la dénomination de la cyclothymie ; ici, il est même parfois incommode de dire de la psychose, surtout là où les oscillations de l'état émotif sont exprimées faiblement et d'une manière peu marquée.

L'élucidation du point de vue régulier sur la cyclothymie ou sur la soi-disant « neurasthénie circulaire », a non seulement une seule signification théorique ; elle est grave non seulement pour la terminologie ; elle est indispensable, me paraît-il, aussi sous ce rapport qu'elle nous donne la possibilité d'envisager d'une manière plus régulière l'état morbide dans chaque cas donné, de mieux apprécier et comprendre l'état du malade, de concevoir, quels sont chez lui les accès qui doivent être mis en première place et quels accès apparaissent comme résultat de la maladie fondamentale, etc.

Le point de vue régulier, dans ces cas, doit nous donner la possibilité de nous appuyer sur les bases, sur lesquelles il est nécessaire de fonder nos conclusions sur le traitement de la cyclothymie ou de la « neurasthénie circulaire » ; et, alors, il peut s'ensuivre, peut-être, que du point de vue de la neurasthénie il faut traiter le malade donné d'une manière, et du point de vue de la psychose maniaque-dépressive d'une manière tout à fait autre.

Donc, à mon avis, il faut élever quelque chose de ce qui entre dans le groupe de « neurasthénie » et ce que souvent on y rapporte ; car la cyclothymie, par exemple, ne se rapporte nullement ici et n'a rien de

commun avec la « neurasthénie » ; certes, il y a des cas où dans la cyclothymie on observe tels ou tels phénomènes de caractère « neurasthénique » ; mais ces derniers apparaissent ici, sans doute, accessoires. Le diagnostic différentiel dans les cas de cyclothymie, son mélange avec la neurasthénie sont dus en partie à ces phénomènes « neurasthéniques » accessoires et en partie à cela que les symptômes de légère dépression de l'activité neuro-psychique, de malaise, d'état émotif désagréable apparaissent parfois dans la cyclothymie, en liaison avec des causes étiologiques quelconques ; et il en est assez dans la vie de ces causes, et la période dépressive de la cyclothymie est souvent attribuée, par le malade lui-même ou par son entourage, à quelque chose de tel, qu'on considère comme la cause de l'affection. Mais, en réalité, l'affaire n'est pas déjà si simple, comme bien des personnes le supposent. En ce qui me concerne, je pense que l'apparition de la cyclothymie comme forme légère et faiblement exprimée de la psychose maniaque-dépressive, repose sur quelque chose de néfaste, ayant pour source, peut-être, quelque irrégularité dans la structure du cerveau, peut-être de l'appareil vasculaire du cerveau ; et les symptômes de cyclothymie quelquefois correspondent avec des conditions quelconques, défavorables pour le système neuro-psychique, ou bien, parfois, les conditions externes servent de motif pour que l'accès de cyclothymie se manifeste plus vite que cela aurait pu avoir lieu à d'autres conditions ; et cet accès a un cours de plus longue durée et accompagné de phénomènes morbides plus marqués. Au nombre de ces conditions externes, qui peuvent faire manifester l'affection latente, mais déjà existante, il faut placer en premier lieu les désagréments moraux, les secousses morales, etc. ; le même rôle, parfois, peut être joué aussi par les affections physiques, occasionnelles chez le sujet

donné, enclin aux manifestations cyclothymiques. Pourtant, il faut souligner cette circonstance, que dans la cyclothymie, dans cette oscillation de l'état émotif, le plus souvent, les accès de dépression et de mauvais état émotif surviennent sans cause visible même, ce qui n'est pas rare même dans les conditions les plus favorables de la vie.

Outre la cyclothymie, c'est-à-dire les formes les plus légères de la psychose maniaque-dépressive qui, comme erreur, ont été rapportées à la neurasthénie et qui ont porté le nom de *neurasthénie circulaire* ou *périodique*, on rapportait encore à la neurasthénie ce qui est connu actuellement sous le nom de *psychasthénie*. Ce terme a été appliqué pour la première fois par Pierre Janet, principalement pour indiquer l'état qui s'exprime, préférentiellement, sous forme d'états psychiques obsédants. Maintenant, le terme *psychasthénie* a déjà reçu ses droits ; il se rencontre souvent dans la littérature et on s'en sert déjà librement. Les phénomènes essentiels et cardinaux de la psychasthénie, sont les idées obsessives de différent genre, des désirs obsédants, des phobies, etc. D'après l'avis de Pierre Janet, il y a dans ces cas un abaissement du *tonus psychologique*, une asthénie psychique particulière, ce qui lui permet de déterminer cet état par le terme « psychasthénie ». De pair avec les phénomènes psychasthéniques dans le sens de Pierre Janet, peuvent exister, sans doute, aussi des phénomènes neurasthéniques, c'est-à-dire une faiblesse irritable du système nerveux, une impressionnabilité exagérée ; mais tout cela constitue des phénomènes accessoires ; cela n'entre pas dans le tableau de la psychasthénie, comme phénomène fondamental, obligatoire ; il est vrai que ce phénomène y est présent souvent, même très souvent. Quoiqu'il accompagne souvent les états psychiques obsédants, c'est-à-dire la *psychasthénie*, cela

ne l'empêche pas d'apparaître aussi isolément ou en liaison avec d'autres psychonévroses, à savoir l'hystérie ou l'épilepsie.

A mon avis, les états psychiques obsédants servent d'expression à une organisation neuro-psychique congénitale ; et leur base psychologique sera ce que je désigne par le terme de *caractère scrupulo-inquiet*. Dans la psychasthénie l'état pathologique a un cours avec de très grandes oscillations ; ici, on peut observer tantôt de l'amélioration, tantôt de l'exacerbation ; dans les cas de ce genre surtout ont une grande signification et une influence indubitable sur ces oscillations, non seulement les conditions externes et l'entourage, mais principalement les changements ayant lieu dans l'organisme lui-même, des infections occasionnelles, des intoxications ou des auto-intoxications, ayant bien des sources diverses dans l'organisme lui-même : dans certains cas de psychasthénie, ces oscillations, des bouffées et l'exacerbation de l'état pathologique sont assez rares ; et parfois, au contraire, on a l'impression que la psychasthénie possède une marche périodique. Comme il paraît, parfois, chez les psychasthéniques, on peut observer encore une tendance aux manifestations cyclothymiques ; si la psychasthénie se combine avec la cyclothymie, alors dans la période de la dépression légère et de mauvais état émotif, provoqué par la seconde de ces affections, les phénomènes des états psychiques obsédants s'exacerbent, sont plus soulignés et ressortent d'une manière plus accusée ; et, au contraire, ils se calment et même s'effacent pour quelque temps, si dans la cyclothymie se manifeste un certain degré d'animation cérébrale, une forme légère d'exaltation. Donc, ce fait que dans la psychasthénie, c'est-à-dire dans les états psychiques obsédants existent des oscillations et une certaine périodicité, lorsque les phénomènes morbides tantôt se calment,

quoique ne disparaissant pas tout à fait, tantôt de nouveau s'exacerbent, ne donne pas le droit de parler de « neurasthénie périodique », car la compréhension de cette dernière ne coïncide pas avec la représentation contemporaine sur la psychasthénie, servant pour la désignation d'un groupe d'états morbides plus ou moins défini. Pour souligner encore plus la différence entre la psychasthénie, comme organisation neuropsychique congénitale très répandue, et la neurasthénie, comme faiblesse irritable du système nerveux, acquise occasionnellement et provoquée par le surmenage, je me permets d'indiquer sur quelques causes possibles pour la première de ces lésions. En questionnant attentivement les personnes souffrant d'états psychiques obsédants, c'est-à-dire de psychasthénie dans le sens de Pierre Janet et d'autres, très souvent il arrive de constater ce fait que cette organisation congénitale est acquise des parents ; par exemple, le fils hérite de la mère un caractère scrupulo-inquiet et une tendance aux états obsédants ; la fille reçoit la même chose du père, et de telles combinaisons se rencontrent plus souvent que la transmission du caractère psychasthénique de la mère à la fille ou du père au fils. Par conséquent, la psychasthénie, du moins dans la grande majorité des cas, n'est pas une affection occasionnelle, car elle prend son commencement chez l'individu donné dans les particularités neuro-psychiques congénitales, souvent transmises d'une génération à l'autre. En outre, de l'examen des familles où on rencontre des états psychiques obsédants, j'ai rapporté cette impression, que parmi leurs membres isolés, souvent il arrive de constater de la tuberculose sous l'une ou l'autre forme. Et la confirmation de cette supposition se trouve dans ce fait que la tuberculose et l'organisation psychasthénique sont très répandues. A mon grand regret, je ne puis confirmer

cette circonstance par des données statistiques, qu'il est difficile de se procurer, puisqu'il est presque impossible, parfois, d'obtenir des renseignements justes sur bien des membres de certaines familles ; mais je me souviens bien d'un cas de ce genre qui s'est gravé dans ma mémoire, un cas où le malade atteint d'états psychiques obsédants très accentués, répondit à mes questions sur son hérédité, que trois de ses plus proches parents souffraient de tuberculose indubitable.

La psychasthénie, comme tableau morbide, a ses particularités, sa symptomatologie, parfaitement décrites par bien des auteurs sérieux ; la psychasthénie est suffisamment séparée des autres psycho-névroses et les conditions de son évolution et de son apparition sont bien étudiées, de même que l'apparition sur le fonds psychasthénique cardinal des exacerbations et des affaiblissements du processus morbide, etc. Il est indispensable de séparer la psychasthénie du groupe des affections qui jusque-là se déterminaient comme « neurasthénie ». La neurasthénie est un groupe collectif, et son étude réclame une revue critique et sa symptomatologie une réappréciation. Si quelqu'un dit qu'un tel ou un tel personnage est un « neurasthénique », cela ne sera pas trop compréhensible et il faut savoir d'avance ce qu'on veut dire justement par ce mot et quel est son point de vue sur la neurasthénie. Mais si quelqu'un dit que tel ou tel sujet est atteint de « psychasthénie », alors ce terme ne peut pas donner lieu à des méprises, car on commence à appeler psychasthéniques des personnes formant un groupe plus ou moins défini, à savoir, à des personnes présentant le tableau des états psychiques obsédants. Il faut remarquer la même chose concernant la cyclothymie. Ainsi donc, la cyclothymie et ce qui se déterminait par le terme « neurasthénie circulaire », n'est autre chose que la manifestation faiblement exprimée de

la psychose maniaque-dépressive et était rapporté par erreur à la « neurasthénie ». Enfin, il faut avoir en vue aussi cette circonstance que chez le psychasthénique peuvent avoir lieu parfois des manifestations cyclothymiques, avec prédominance, d'ailleurs, de périodes mélancoliques dépressives.

CONTRIBUTION

A LA

CYTOLOGIE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES ET MENTALES

Par le **D^r Raul LEITAO DA CUNHA**

Professeur de bactériologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro

et le **D^r Ulysse VIANNA**

Aliéniste adjoint à l'Hospice National de Rio-de-Janeiro.

Le départ de l'un de nous pour l'étranger nous oblige à interrompre la série d'études commencées dans le but de confirmer certaines données établies antérieurement, à propos de l'examen cytologique de la lymphe cérébro-spinale.

Comme les recherches faites ont été assez nombreuses et aussi parce que nous avons pu, dans beaucoup de cas, grâce à la réaction de Wassermann, tâcher d'exclure la préexistence de la syphilis dans l'histoire antérieure de l'affection actuelle, nous avons résolu de rendre publics, dès maintenant, les résultats obtenus, réservant pour plus tard la divulgation de ce que nos expériences ultérieures arriveront, peut-être, à découvrir.

Nous laisserons de côté, afin de ne pas nous écarter du but de ces « notes », toutes les notions bibliographiques, ainsi que les considérations se rapportant à nos connaissances dans cette branche d'enquête scientifique.

Nous dirons, en résumé, les méthodes que nous avons

employées pour faire nos recherches, afin que le lecteur puisse juger plus facilement de leur valeur.

Le liquide céphalo-rachidien a été recueilli grâce à l'aide de l'habile chirurgien, le Dr Alvaro Ramos, ce dont nous lui sommes fort reconnaissants ; dans tous les cas par le procédé de Quincke, légèrement modifié, la lymphe ayant été (3 à 5 centimètres cubes) recueillie dans des tubes stérilisés, puis centrifugée pendant quinze minutes ; le sédiment, qui n'est pas toujours visible à l'œil nu, a été recueilli avec une pipette capillaire et déposé sur trois lames porte-objet.

La fixation a été obtenue avec le liquide de Nikiforoff et la coloration, dans certains cas, par l'hématoxyline-éosine ; dans d'autres cas, par la solution de Giemsa, convenablement dissoute. Toutes les parties liquides contenant du sang ont été abandonnées, et la qualification « positive » n'a été donnée qu'aux préparations dans lesquelles le nombre de globules vus au microscope était vraiment élevé.

Les lymphocytes prédominaient dans tous les cas ; rarement l'on voyait de grands mononucléaires, et, exceptionnellement, quelques polynucléaires neutrophiles.

La réaction de Wassermann, dont les résultats sont dus à l'amabilité ainsi qu'à la science du Dr Arthur Moses, de l'Institut Oswaldo Cruz, à Manguinhos, de Rio-de-Janeiro, a été vérifiée par le procédé de Wassermann, avec la technique, naturellement, qui a paru la plus favorable à ce patient expérimentateur.

Au tableau synoptique ci-après on trouvera convenablement disposés les résultats de nos recherches.

AFFECTIIONS	NOMBRE DE CAS	EXAMEN CYTOLOGIQUE		RÉACTION WASSERMANN	
		Positif.	Négatif.	Positif.	Négatif.
Paralyse générale . . .	43	43	0	17	2
Démence précoce . . .	15	6 (1)	9	0 (2)	8
Tabes . . .	5	5	0	2	0
Syphilis cérébrale et médullaire . . .	3	3	0	1	0
Folie maniaque dépressive . . .	3	0	3	0	0
Sclérose en plaques . .	2	2	0	0	0
Syringomyélie . . .	2	1	1	0	1
Sarcome cérébral . . .	1 (3)	1	0	0	0
Psych. thyroïdienne . .	1 (4)	1	0	0	0
Artério-sclérose cérébrale . . .	1	1	0	0	0

En analysant les données ainsi obtenues, nous croyons justifier les conclusions suivantes :

1° La lymphocytose céphalo-rachidienne est constante dans la « paralysie générale » ; il convient donc de signaler spécifiquement son existence dans les deux cas où la réaction de Wassermann a été complètement négative.

Il faut se rappeler la restriction signalée par Nissl pour les cas d'évolution lente, dans les périodes initiales, ce qui vient compléter la manière de voir de Joffroy, A. Marie, Duflos, etc, qui la trouvent toujours précoce ;

2° Dans les cas chroniques de « démence précoce », la lymphocytose est fréquente — nous en avons trouvé jusqu'à 40 p. 100, même lorsque la syphilis ne peut

(1) Tous étaient des cas chroniques de catatonie. La réaction de Wassermann a été « douteuse » dans deux cas et absolument négative dans tous les autres.

(2) Dans trois cas, il y a eu hémolyse incomplète, donc réaction biologique négative.

(3) Le diagnostic fait *intra vitam* a été confirmé par l'autopsie, puis par un examen ultérieur au microscope.

(4) Cas typique de syndrome polyglandulaire présenté par le Dr A. Austregesilo à la Société de psychiatrie de Rio-de-Janeiro.

être démontrée, car outre les preuves fournies par l'anamnèse, cinq sur six des liquides à lymphocytose manifeste ont été soumis à l'épreuve de Wassermann et à peine dans deux cas la réaction a été douteuse, « biologiquement négative », au dire du D^r Moses (1). Cette conclusion est contraire absolument aux observations de Dupré et de Devaux, et, en partie, aux considérations faites par Merzbacher croyant à l'existence préalable de l'infection luétique, mais parle cependant en faveur des recherches de Lhermitte, car dans deux cas, tous deux soumis à la réaction négative de Wassermann, les préparations microscopiques avaient l'aspect, comme l'a dit Dupré, d'une cible criblée par une décharge de petits plombs de chasse;

3° Lorsqu'aux cas chroniques de paralysie générale s'ajoutent des symptômes catatoniques, l'aliéniste ne peut pas avoir recours à la lymphocytose céphalo-rachidienne comme signe pathognomique de cette affection, au détriment de la démence précoce; nous croyons devoir citer le cas, observé dans notre hôpital d'aliénés, d'un malade qui y est depuis quatre ans et qui, présentant aujourd'hui des phénomènes catatoniques, n'aurait pas pu justifier le diagnostic de paralysie générale s'il n'avait pas eu en plus l'anamnèse et la dysarthrie qui ont pu être vérifiées opportunément. Nous nous souvenons encore de l'observation de Klippel sur une malade atteinte de paralysie générale chez laquelle se concentrèrent peu à peu les symptômes catatoniques, ce qui justifia l'unanimité des aliénistes à croire à une démence précoce. Eh bien ! l'autopsie imposa la réhabilitation du

(1) La réaction de Wassermann, dans quatre cas de démence précoce, a été également recherchée, en vain, par le D^r Antonio Viegas, un des bons aides du corps médical de l'hospice national des aliénés.

diagnostic primitif que la lymphocytose céphalo-rachidienne n'avait pas pu établir;

4° Finalement, la lymphocytose céphalo-rachidienne est l'indice d'une lésion inflammatoire des parois de l'espace sous-arachnoïdien. Dans une de nos observations le diagnostic hésitait entre la syphilis cérébrale et le néoplasme encéphalique; la lymphocytose positive paraissait justifier la première hypothèse, après, cependant, qu'il eut été résolu qu'un néoplasme de l'écorce cérébrale pouvait être rendu responsable de ce phénomène, et cette idée a été ultérieurement confirmée par l'autopsie. C'est le cas de rappeler la conclusion à laquelle est arrivé Merzbacher, en terminant ses remarquables études publiées dans la *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, où est attribué, avec raison, à la syphilis, le pouvoir d'augmenter, sans crise méningée, le nombre des éléments cellulaires du liquide encéphalo-médullaire (1) :

« L'infection syphilitique a donné, dans presque tous les cas observés par nous, une augmentation des éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien, même quand nous n'avons pu découvrir dans le système nerveux central et ses enveloppes aucun trouble morbide cliniquement démontrable. »

(1) Die Beziehung der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinal-flüssigkeit und zur Lehre von der « meningitischen Reizung ». (Dr L. Merzbacker, assistant Arzt der Klinik. — Juli 1905.)

Médecine légale

DÉBILE HOMICIDE

IRRESPONSABILITÉ. DEMANDE DE MISE EN LIBERTÉ.

REJET APRÈS EXPERTISE MÉDICALE

Par le Dr CHATELAIN,

Ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier.

Le 15 août 1904, entre midi et une heure, le nommé D..., horloger, âgé de cinquante-cinq ans, se constituait prisonnier au poste de gendarmerie de La Chaux-de-Fonds, en annonçant qu'il venait de tuer sa femme à coups de serpe dans un moment de colère, à la suite d'une légère querelle de ménage. Entendu le même jour par le juge d'instruction, il dit entre autres ... « J'étais complètement de sang-froid puisque depuis vingt-huit ans je n'ai jamais bu qu'une fois un verre de trop... Il y avait eu dernièrement de nouvelles blagueries sur le compte de ma femme de la part de deux dames du voisinage. Aujourd'hui, ma femme voulait absolument écrire, ce à quoi je me suis opposé, déclarant que je ne voulais sortir de notre expectative à moins d'y être forcé. Ma femme tenait à toute force à son idée et elle commençait à crier dans sa cuisine à tel point que je suis allé près d'elle et que je n'ai pu m'empêcher de lui donner une claque. Ses cris sont devenus toujours plus forts et nombreux, de sorte que ma cor-

reaction a fait l'effet contraire à celui que j'attendais. J'en suis devenu tellement énervé que j'ai perdu la tête et j'ai saisi notre serpe, qui est celle qui m'est présentée et que je reconnais. Ma femme était debout près de la fenêtre lorsque je me suis précipité sur elle pour lui porter un coup sur le crâne. Elle est tombée à la renverse sur le dos et j'ai continué à lui porter des coups avec la serpe au côté gauche de la tête. Elle prononçait des mots inintelligibles, et m'étant rendu compte qu'elle allait souffrir jusqu'à son dernier souffle j'ai pris le parti d'abrèger son agonie et je suis allé chercher mon rasoir au moyen duquel je lui ai fait une large plaie du côté gauche.

« J'avais chez moi un neveu et une nièce que j'ai élevés en partie. Lorsque ma nièce a vu que j'allais frapper sa tante, elle s'est enfuie et elle n'est rentrée qu'avec son frère qui revenait du travail pour dîner. Ils ont pu voir ce qui s'était passé ; après quoi je me suis changé et suis venu me constituer prisonnier. »

Le juge d'instruction ayant des doutes sur l'intégrité de l'état mental du prévenu, chargea le D^r Godet, ancien médecin en chef de Préfargier, de l'examiner, et voici les passages essentiels de son rapport :

« ... Les locataires de la maison s'accordent à dire que le prévenu était un homme rangé, travailleur, s'entendant bien avec sa femme, sortant peu et seulement en famille. Ce qu'il y a de certain en outre c'est qu'il ne buvait pas et que l'alcool n'a joué aucun rôle dans toute cette affaire. C'était, disent-ils, un homme tranquille et doux à l'ordinaire, mais original et maladif, et susceptible d'entrer à l'occasion dans de vives colères et de devenir violent en paroles. Ces colères étaient généralement provoquées par des différends avec les voisins, différends dont il faudrait avant tout rechercher l'origine dans le caractère soupçonneux des

époux D..., et de la femme surtout... L'un des voisins déclare qu'il n'a jamais envisagé D... comme un homme normal. D'autres vont plus loin et n'hésitent pas à dire que mari et femme étaient des lunatiques en proie au délire de la persécution. Mais tous admettent que la femme était la plus atteinte, que c'était elle qui excitait son mari qu'elle a finalement poussé à bout. C'étaient de continuels soupçons, l'idée ancrée qu'on lui en voulait, qu'on parlait d'elle, qu'on cherchait à les chicaner... On les plaignait, nous dit une voisine, de les voir se tourmenter de cette façon pour des vétilles et des soupçons mal fondés; mais à vouloir les faire revenir de leurs erreurs, on était vite rangé parmi les persécuteurs. Il y a un an et demi, D... doit avoir dit à cette même dame que, pour en finir avec tous ces cancanes, il serait plus simple de tuer femme et enfants et de se tuer après. Les époux D... avaient pris chez eux depuis treize ans les deux enfants orphelins d'une sœur de la femme. Ces enfants étaient bien tenus et disent qu'ils n'ont jamais manqué de rien. Le garçon, âgé de dix-huit ans, confirme l'assertion que son oncle était prompt à l'occasion, mais sauf cela il ne remarquait en lui rien d'extraordinaire. Il ne l'aurait jamais cru capable de commettre un acte pareil. Il a vu cinq à dix minutes après le crime D..., agité, tremblant, s'habiller en pleurant pour aller se constituer prisonnier et il lui a dit : « Je suis un homme perdu. »

« ... Sa mère — dit D..., — lui a raconté que lorsqu'il avait un an, un homme qui passait pour avoir le « grand grimoire » lui avait touché la tête en passant. Dès ce moment il se renversait dans son lit et « rancaillait » (respiration stertoreuse). Puis cet individu serait revenu au bout de quinze jours, lui aurait remis la main sur la tête et tout avait passé. Lui, ne croit guère, dit-il, à cette histoire de sorcellerie, mais nous pourrions conclure

de ce récit, que D... a souffert de convulsions dans son jeune âge... Il aimait beaucoup sa femme. C'était, dit-il, une brave et honnête femme, et il en donne pour preuve entre autres, que pendant vingt-huit ans de vie commune, elle ne lui a jamais reproché son séjour au pénitencier (en 1872 et 73 : menaces, violences, abus de confiance)... C'est depuis trois ans surtout qu'il souffre de cette vie de tracasseries continuelles. Tout en lui donnant raison, il suppliait sa femme de ne plus s'occuper de ces affaires, mais sans succès. Sa situation ne faisait qu'empirer. Elle dormait mal ou pas et l'empêchait aussi de dormir, de sorte qu'il se levait le matin plus fatigué que la veille, la tête lourde comme du plomb, un brouillard devant les yeux, presque incapable de travail ; « c'était épouvantable. »

Quant à l'acte, le prévenu répète qu'il devint tout à coup « comme enragé ». « J'étais tellement nerveux que je ne puis comprendre comment ça s'est passé, tant c'est allé promptement. Le premier coup a été comme un coup de foudre... Je pleurais et je tapais, je ne savais plus ce que je faisais, je n'ai pas voulu la laisser souffrir. »

Voici quelques fragments d'une lettre de D... à sa sœur — orthographe et ponctuation conservés — ...
« Si tu savais dans quelle angoisse je me trouve des moments je crierais comme un enfant qui a perdu sa mère dans la foule quand, je pense que je ne la reverrai plus où que ce soit et dire que c'est à cause des autres, tu sais que nous avons tous été prompts dans la famille.
... A tout instant, je la trouvais dans la cuisine qui pleurait, tu ne peux pas te faire une idée le chagrin que j'en éprouvais, je croyais bien lui dire mais elle se fâchait, elle était venue la moitié plus harnieuse, plus méchante que moi, pour moi j'étais venu bien calme, bien tranquille s'il n'y avait pas eu toutes ces histoires,

mais elle ne faisais que parler de ces choses... Hermance (la fille adoptive) lui disait oui vraiment maman tu perds la tête, moi je lui disais tu veux me faire venir fou... Oni, vois-tu ma chère sœur, il y avait des nuits je ne dormais pas une heure... Je te jure que j'étais plus malheureux que je ne suis maintenant pour ce qui est de vivre, combien de fois est-ce qu'elle me disait de les tuer puis ensuite de me donner la mort comme je voudrais... Tu la connaissais elle qui était si paisible dans le temps, mais elle avait beaucoup changer; comme avec les enfants il fallait qu'elle les crie tout le temps... Et moi aussi je suis venu comme enragé, je me suis tourner contre elle vois-tu comme une flèche, je lui donne un seul coup elle est tombée assommée sans prononcer une parole seulement le souffle et le cœur, c'est pourquoi j'ai frappé plusieurs coups, si j'avais penser à mon rasoir tout de suite il n'y aurait eu qu'un seul coup, personne ne comprendra jamais dans quel désespoir je me suis trouver quand je l'ai vue tomber morte, ma colère était passée mais que cela était plus fort que moi de la laisser comme ça, j'étais forcé de finir ou de la voir revenir à moitié pour souffrir trois fois plus qu'avant. Je remercie le ciel de m'avoir donné le courage, elle est au moins heureuse; pour moi je serai malheureux toute ma vie... »

Voici maintenant quelques passages des appréciations du D^r Godet :

« On ne connaît pas de maladies mentales dans la famille du prévenu, mais à cet égard nous sommes insuffisamment renseignés. En tout cas il se trouve sous le coup d'une hérédité nerveuse. Son père doit avoir eu « des crises » ; il était très prompt et plusieurs membres de la famille paraissent avoir hérité de cette faiblesse, sans parler du plus jeune frère, manifestement dégénéré. Il est possible que D... ait souffert de

convulsions dans son enfance. Ce n'est pas une forte tête, mais un esprit simple, plutôt naïf et crédule ; menant une vie très sédentaire, son horizon est restreint, son jugement peu développé et peu critique... Ce n'est point un vicieux ni un méchant. Les erreurs de sa jeunesse qui lui ont valu une condamnation ne se sont pas répétées ; il aime sa femme, il vit avec elle en bonne intelligence et recueille chez lui un neveu et une nièce orphelins. Comment donc un homme comme celui-là en arrive-t-il à tuer sa femme?... De tout cela il résulte pour nous qu'au moment du crime la force de résistance du prévenu en face de l'impulsion se trouvait diminuée dans une mesure notable. Lorsqu'il nous affirme que s'il avait été reposé alors comme il est lors de notre seconde visite, rien de semblable ne lui serait arrivé, nous pensons qu'il peut être dans le vrai. »

Après avoir démontré qu'il ne peut y avoir eu aucune préméditation, le D^r Godet ajoute :

« Malgré tout, dans une affaire aussi grave nous ne voudrions pas conclure d'une manière définitive après un examen aussi court... Nous trouvons plus prudent de conseiller encore une observation de quelque durée dans une maison de santé, afin que l'on puisse étudier d'une façon plus complète certaines particularités de l'état mental de D..., et voir s'il se produira chez lui, avec le temps, d'autres changements encore que ceux déjà notés à notre seconde entrevue, ce qui pourrait influencer sur la détermination du degré de responsabilité. »

Conclusions : « 1^o Au moment du crime la force de résistance du prévenu nous paraît avoir été diminuée dans une mesure notable. »

« 2^o Il y a lieu de le soumettre encore à une observation continue dans une maison de santé. »

Le parquet ayant adopté ces conclusions, D... fut

placé à Préfargier. Après une observation de plus de deux mois, le D^r Dardel, médecin en chef, fait un rapport dont nous extrayons ce qui suit :

« Depuis qu'il est à Préfargier, D... ne s'est jamais bien porté. En dehors de l'affaïssement moral provoqué par la conscience de l'acte criminel qu'il a commis, il s'est constamment plaint de toutes sortes de maux. Un jour c'est l'estomac qui lui fait mal ; le lendemain c'est la tête ; puis il souffre de névralgies, de lassitude générale ; il est affaïssé, déprimé. Tous ces maux, qu'il arrivait à soulager jusqu'à un certain point au moyen de la suggestion homéopathique, montrent dans quel état de délabrement se trouve son système nerveux.

« Nous avons remarqué que D... est sujet à des accès de mauvaise humeur très accentués ; ces accès, qui ne sont pas très fréquents, surviennent sans aucune cause appréciable et le rendent tout à fait insociable. Il a, paraît-il, de tout temps présenté ce défaut, et son neveu et sa nièce, qui habitaient avec lui, savent bien que dans ces mauvais moments il ne plaisantait pas et leur administrait des corrections, sinon tout à fait imméritées, du moins très exagérées. Lorsqu'il est de mauvaise humeur, D... ne supporte pas la moindre contradiction ; il s'isole, et toute tentative de conversation de la part de son entourage le rend plus sombre et plus hargneux. Lorsqu'il est revenu à son état normal, il regrette son attitude et ses emportements, il s'excuse, dit qu'il ne faut pas lui en vouloir, que c'est plus fort que lui, que son estomac délabré en est peut-être la cause, etc. Si D... était épileptique, ces accès de mauvaise humeur ne présenteraient rien d'anormal, car on sait que, en dehors des équivalents, le caractère de l'épileptique présente souvent des anomalies de cette nature qui le rendent d'autant plus dangereux. Comme chez D... nous ne pouvons affirmer l'existence de cette ma-

ladié, nous devons attribuer cette disposition à la mauvaise humeur et à la violence à un état de dégénérescence très notable, qui met le prévenu dans un état d'infériorité manifeste lorsqu'il doit tenir tête aux événements qui sortent quelque peu de l'ordinaire. C'est un déséquilibré neurasthénique, sujet à des accès de dépression et de mauvaise humeur, à la merci d'un système nerveux détraqué qui lui occasionne des tourments de toutes sortes et, dans certains moments au moins, le rend incapable de résister aux ennuis auxquels il est exposé de la part de son entourage.

« ... D... considère toute cette affaire comme un grand malheur ; il s'accuse d'être un misérable, mais, au fond, il ne s'en attribue pas la responsabilité. Parfois même, il déclare très carrément que ce n'est pas sa faute, que ce sont les personnes qui ont rendu sa femme malade qui doivent en être considérées comme les auteurs. Cette manière de voir dénote une intelligence et un raisonnement bien défectueux.

« *Conclusions.* — D... est un dégénéré neurasthénique, présentant une émotivité anormale, une intelligence affaiblie et des accès de mauvaise humeur qui surviennent sans cause extérieure appréciable et qui peuvent constituer un danger pour la société. D... ne peut pas être considéré comme entièrement responsable du meurtre de sa femme. Sa responsabilité dans cette affaire doit être envisagée comme fortement atténuée. »

Le jury, en janvier 1905, déclare D... irresponsable et l'autorité administrative ordonne son internement à l'hospice cantonal des incurables de Perreux ; mais en 1907 déjà, D... demande avec instance sa libération, appuyé par le D^r Paris, médecin en chef de l'hospice. Celui-ci, en effet, contrairement aux précédents

experts, ne trouve rien d'anormal chez son malade et estime qu'on peut parfaitement le rendre à la vie ordinaire.

En présence de ces divergences d'opinion, le chef du département de l'Intérieur nous demande d'examiner D... et nous lui répondons comme suit :

« *Monsieur le D^r Pettavel, chef du département de l'Intérieur, Neuchâtel.*

« Vous m'avez fait l'honneur de me confier le mandat d'examiner l'état mental de D..., interné à l'hospice de Perreux à la suite d'un verdict d'irresponsabilité de la cour d'assises, et de me demander si j'estime qu'on peut dès maintenant accéder à la demande du malade d'être rendu à la liberté. Je me suis longuement entretenu ce matin avec lui, j'ai étudié son dossier et je viens vous donner le résultat de mon examen.

« En premier lieu, je dois faire observer que, tandis que mes collègues qui se sont occupés précédemment de D..., l'ont eu sous les yeux durant des mois ou des années, le peu de temps pendant lequel je l'ai examiné est insuffisant pour me permettre d'émettre mon opinion avec l'assurance qu'eux pouvaient y mettre. Je fais donc, vous le comprendrez, toutes réserves à cet égard et ne puis que vous donner une impression à laquelle je n'attribue moi-même qu'une valeur approximative.

« Ceci dit, je prends l'une après l'autre les deux questions posées :

« 1^o *L'état mental de D...* Pour moi, D... n'est pas un homme normal ; c'est un neurasthénique, pathologiquement émotif, avec des lacunes évidentes du jugement. Cela ressort aussi bien de son passé, des dépo-

sitions des témoins, de l'acte lui-même qu'il a commis, que de l'examen direct. Malgré les apparences, je le crois peu intelligent, avec un trait évident de puérilité qui contraste singulièrement avec son assurance. Ainsi, quand je lui demande s'il a compris l'ouvrage du comte Matteï, sur lequel il s'appuyait pour pratiquer l'homéopathie, il me répond sans hésiter que oui. Or, moi, j'ai essayé en vain de le comprendre ; c'est un bagout qui ne tient pas debout scientifiquement. En outre, D... n'a pas une conscience nette de sa situation, ni dans le passé, ni dans le présent. Quoique évidemment beaucoup plus calme que lors de son crime, il n'abandonne pas ses idées de persécution et les étend même à Perreux, où, dit-il, « il est exténué de travail, et où les infirmiers l'accusent de les espionner pour le compte de la direction ». Cela, sans doute, n'est pas impossible en soi, mais c'est quand même suspect. Enfin, il ne veut pas convenir des accès de mauvaise humeur notés à Préfargier ; il reconnaît seulement avoir eu, par moments, l'humeur sombre, mais ne s'être jamais montré hargneux ou désagréable envers personne. Et ce n'est pas, j'en suis convaincu, que le malade cherche à rien dissimuler ; sa bonne foi est évidente ; mais, comme je viens de le dire, il n'a pas conscience nette de soi-même et il ne se souvient pas. Avec cela, D... est très ébranlé, verse d'abondantes larmes en parlant de son malheur, de sa femme, de son neveu et de sa nièce, auxquels il a servi de père, et qui ne sont pas venus le voir une seule fois. Quant à son acte, il le raconte aujourd'hui exactement dans les mêmes termes qu'il y a trois ans, en ajoutant toujours : « Je ne sais pas comment cela a pu m'arriver. » Sur quoi, il se remet à pleurer.

« J'estime donc que le terme de dégénéré, dont s'est servi le D^r Dardel, est aussi justifié que le verdict d'irresponsabilité du jury.

« 2° *Peut-on, aujourd'hui, rendre D... à la liberté?* Cette question est beaucoup plus épineuse à trancher que la précédente. Il est clair qu'il n'entre dans l'idée de personne de condamner à l'asile d'aliénés à perpétuité un individu déclaré irresponsable et remis à l'autorité administrative pour en prendre soin et en préserver la société; mais lorsque, après un internement plus ou moins long, se pose la question de libération, il est nécessaire d'individualiser soigneusement. Qu'un homme parfaitement sain d'esprit, et normal jusqu'à ce moment-là, tue sa femme ou son voisin dans un accès de délire aigu transitoire tel qu'on en observe, par exemple, au cours de certaines maladies infectieuses : variole, typhus, dans une pneumonie grave, dans un empoisonnement par la belladone, etc., il est certain que c'est là un acte épisodique, isolé, dont on peut admettre qu'il ne se renouvellera pas. Libérer cet homme, une fois guéri de la maladie et du délire dont elle a été la cause, sera, de l'avis même des plus ignorants, chose juste et naturelle. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'individus mentalement tarés, de déséquilibrés pathologiquement émotifs, des aliénés moraux, des persécutés. Chez eux, l'acte est la résultante, non seulement de facteurs accidentels, mais encore de leur prédisposition pathologique. Ils sont, certes, tout aussi irresponsables que le précédent, mais l'étaient avant la commission de l'acte, et ils le restent après. Personne donc ne voudra assumer la responsabilité de déclarer qu'une fois rendus à la liberté, ils ne tomberont pas en récidive. Sans doute que, dans bien des cas, cela semble improbable, puisqu'il n'est pas certain que les mêmes facteurs accidentels qui ont contribué à l'explosion de l'acte violent se reproduisent, mais enfin l'avenir reste inconnu.

« Telle est, me semble-t-il, la situation de D... Il

reste, après trois ans d'internement, un anormal comme avant; sans doute, son état physique s'est amélioré, son esprit est plus calme, mais il est encore extrêmement émotif. Ses regrets sont sincères, ses bonnes intentions évidentes, mais la conscience nette de soi-même fait défaut et la force de volonté ne doit pas être à un niveau très élevé. Si D..., homme doux et bon, était libre, et si j'avais, par exemple, besoin d'un domestique, je le prendrais sans hésiter; mais, comme expert responsable, je ne puis actuellement appuyer une demande de libération, tout au moins prématurée.

« Et ici, Monsieur le Chef du département, m'est-il permis, quoique cela sorte des questions qui me sont posées, de mentionner, en passant, la tendance qu'ont actuellement, un peu partout, les médecins d'asiles à proposer prématurément, ou tout au moins à admettre la libération d'aliénés criminels? Cette tendance dont, ces dernières années, j'ai constaté plusieurs exemples, part d'un bon naturel, mais est bien imprudente. Les magistrats, les jurys, avec raison enclins à l'indulgence, dès que l'état mental d'un prévenu est douteux, admettent facilement les conclusions des experts aliénistes concluant à l'irresponsabilité complète ou seulement à une atténuation de la responsabilité. Ils le font parce qu'ils ont l'assurance que la sécurité de la société est garantie par l'internement du prévenu. Mais lorsqu'on verra ces malades dangereux rentrer sans autre dans la vie ordinaire après un temps d'internement insuffisant, le public se plaindra et les juges deviendront plus sévères, c'est fatal.

« Et de ceci, qui pâtira en tout premier lieu? Le prévenu irresponsable qui, au lieu d'être traité en malade, sera jugé et condamné malgré les conclusions des experts aliénistes que, déjà aujourd'hui, le public ignorant accuse si souvent de faire, de parti

pris, échapper un criminel à une juste condamnation.

« En résumé, je conclus :

« 1° D... est mentalement un anormal ;

« 2° Je ne puis prendre la responsabilité d'appuyer sa demande de libération.

« Veuillez agréer, Monsieur le Chef du département, l'expression de ma haute considération.

« D^r CHATELAIN. »

Au vu de ce rapport, la libération de D... lui a été refusée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 AVRIL 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, Cullerre, Giraud, Juquelier, Lallemand, Laurent, Marchand, Rayneau, Taty, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M^{me} Motet remerciant la Société de son témoignage de sympathie en la triste circonstance de son deuil cruel ;

2° Une lettre de M. Antheaume qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Olivier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de M. Lecha-Marzo qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

5° Une lettre de M. le D^r Simon qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Magnan, Legrain et Briand, rapporteur ;

6° Une lettre de M. le D^r Etchepare, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Montevideo, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Biin et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Contribution à l'étude du problème de l'assistance des aliénés criminels, par M. le D^r Antorini.

M. ARMAND LAURENT, membre correspondant, dépose sur le bureau un exemplaire des statuts de la Société des Amis de l'Enfance pour le développement des enfants arriérés, dont il est le président.

Rapports de candidature.

M. DE CLÉRAMBAULT. — La Commission composée de MM. Briand, Kéraval, Legrain, Vallon et de Clérambault, rapporteur, se fait un réel plaisir de présenter à vos suffrages M. le D^r Raoul Leroy, médecin en chef des Asiles de la Seine. Il est, en effet, un aliéniste de la meilleure tradition.

Reçu interne des Asiles de la Seine il y a seize ans, médecin adjoint il y a treize ans, médecin expert auprès du Tribunal d'Evreux, membre correspondant de la Société de médecine légale de France, cinq fois lauréat de Sociétés savantes, le D^r Leroy s'est consacré exclusivement aux études aliénistes, et les questions les plus cliniques, les plus pratiques sont les plus nombreuses dans son œuvre. A deux articles sur l'intoxication morphinique et à quatre brochures importantes sur l'Alcoolisme, notamment au point de vue démographique, nous trouvons jointes de minutieuses monographies touchant des chapitres spéciaux : ainsi les Hallucinations et le Suicide dans la paralysie générale, le fétichisme, l'exhibitionnisme comitial. A propos de la démence précoce, il a signalé un cas appartenant à la médecine légale militaire, un cas de collectionnisme et de moyens de défense singuliers. De l'hystérie il a étudié le mutisme et le puérilisme ; nous avons tous présents à l'esprit ses rapports aux Congrès de 1906 et 1908, concernant la Responsabilité des Hystériques. Sa thèse sur les *Persécutés-persécuteurs* (1896) reste une étude d'ensemble solide ; elle contient des pages d'analyse de premier ordre, de même son étude médico-légale sur un cas de jalousie morbide. Signalons enfin son travail *Pyromanie et Pu-*

berté. Le seul énoncé de ces travaux montre un clinicien familier avec les actes des aliénés et peu tenté par les discussions théoriques. Dans le domaine de la neurologie et de la médecine générale, nous relevons une observation de neuro-fibromatose, deux cas de thorax en entonnoir, deux études sur la thérapeutique du goitre exophtalmique. En résumé, le Dr Raoul Leroy appartient à cette série des praticiens de l'aliénation qui ont vécu et, pour ainsi dire, qui ont grandi parmi leurs malades, et pour qui notre Société a été spécialement fondée.

Conformément aux conclusions du rapport précédent, M. Leroy est élu, à l'unanimité, membre titulaire.

M. VIGOUROUX. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Gilbert Ballet, Blin et Vigoureux, rapporteur, chargée d'examiner les titres et les travaux du Dr Delmas, chef de clinique à Sainte-Anne, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société.

Le Dr Delmas n'est pas un étranger parmi nous ; ses qualités personnelles lui ont assuré les sympathies de tous ceux qui le connaissent, et ses travaux scientifiques lui ont déjà attiré l'estime générale.

Externe des hôpitaux en 1900, il fut successivement l'élève des professeurs Pozzi et Chantemesse et du Dr Vaquez ; interne des asiles de la Seine en 1904, après un très brillant concours, il fut interne à Vaucluse dans le service du Dr Blin et dans le mien, puis il vint à Sainte-Anne dans le service du Dr Joffroy, dont il devint le chef de clinique (Concours 1908).

Les travaux de Delmas sont déjà nombreux. La plupart, en dehors de la thèse sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, consistent en observations cliniques et anatomo-pathologiques. Je citerai d'abord les communications faites ici même : *Crises névropathiques alternant avec des actes délictueux conscients chez un débile interné à la colonie de Vaucluse* (séance de juin 1905) ; *Troubles mentaux consécutifs à un accident du travail* (avril 1906) ; *Maladie d'Addison et délire* (janvier 1907), ces deux dernières en collaboration avec moi.

Dans la *Revue de psychiatrie* il a publié les comptes rendus du XVII^e Congrès des aliénistes et neurolo-

gistes et une curieuse observation de pseudo-suicide chez un paralytique général (mars 1906).

Dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* il a fait paraître une étude sur l'infantilisme et l'insuffisance diastématique.

Enfin, à la Société anatomique, il a fait de très nombreuses communications en collaboration avec ses chefs ou ses collègues. Je citerai : *Gliose cérébrale* (octobre 1905) avec le D^r Blin; *Anomalie rénale* avec le D^r Fay; *Pyémie terminale d'un paralytique général* (mars 1906); *Ictus et insuffisance hépato-rénal chez un paralytique général* (mars 1907); *Hémorragie mortelle par rupture d'un anévrisme miliaire de la mésentérique supérieure* (mars 1907); *Hydrocéphalie secondaire à des ramollissements de la première enfance* (mars 1907), etc.

Enfin, plus récemment, il a fait paraître en collaboration avec son collègue Dupouy à la Société de Psychologie deux mémoires sur l'*Inversion sexuelle masculine* (juillet 1908) et sur l'*Inversion sexuelle féminine* (juin 1908) et il a communiqué à la Société de psychiatrie une très intéressante observation d'*amnésie consécutive à une tentative de pendaison* (19 nov. 1908).

La thèse inaugurale qui a obtenu un prix à la Faculté de médecine est un travail de longue haleine basée sur un grand nombre d'observations cliniques et d'autopsies et d'examen histologique. Elle a pour titre : *La mort avec ictus dans la paralysie générale*. Ses conclusions basées sur l'étude de 153 observations sont : 1^o que la mort avec ictus n'est pas le mode de terminaison habituelle de la paralysie générale; 2^o que la pathogénie de ces ictus repose sur deux facteurs. Le premier, cause prédisposante, est constitué par l'existence d'une hyperexcitabilité corticale due à la méningo-encéphalite diffuse; le second facteur, cause déterminante, est constitué par l'action sur les zones hyperexcitables motrices d'une toxi-infection ou d'une auto-intoxication.

Comme vous le voyez, Messieurs, bien que jeune dans la carrière de médecin aliéniste, le D^r Delmas a déjà beaucoup produit, et la variété de ses travaux, comme du reste leur valeur, suppose des connaissances médicales solides, une grande activité d'esprit et des habi-

tudes de travail. Aussi votre commission est-elle unanime à vous proposer de l'admettre parmi nous comme membre correspondant de la Société.

M. Delmas est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

De l'origine périphérique du délire.

DISCUSSION.

M. VIGOUROUX. — M. Picqué nous a fait deux communications (1) des plus intéressantes sur l'origine périphérique de certains délires.

Dans la plus récente de ces communications, il nous a apporté des faits de sa pratique dans lesquels le rapport existant entre le délire et les lésions somatiques me paraît des plus évidents.)

Je ferai cependant la remarque que les lésions somatiques consistaient toutes en foyers infectieux plus ou moins latents et plus ou moins profondément situés dans les organes.

La confusion mentale associée parfois à la mélancolie que nous décrit M. Picqué et qu'accompagne souvent un état cachectique, entre donc dans les psychoses infectieuses et non, à mon sens, dans les délires *d'origine périphérique*.

Cette restriction faite, j'abonde complètement dans le sens de M. Picqué. Tous, nous sommes évidemment d'accord sur le fait qu'un malade confus ou mélancolique, porteur d'un foyer infectieux, doit être opéré comme toute autre personne non aliénée; mais en plus j'attribue aux toxines en action sur le cerveau une influence pathogénique et je considère que l'opération chirurgicale est le traitement non seulement des troubles physiques mais du délire, comme le lait dans le délire brightique ou la thyroïdine dans le myxœdème, etc.

Et je pense avec lui que dans les cas de mélancolie

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre 1908, p. 288, et de mars-avril 1909, p. 282.

ou de confusion mentale l'examen physique doit être aussi complet que possible pour rechercher les indications d'ordre médical ou chirurgical.

Les exemples que nous a rappelés M. Picqué, les succès thérapeutiques qu'il a obtenus sur les malades de nos services ne peuvent que me fortifier dans cette opinion.

Sa première communication est beaucoup plus générale et soulève une série de questions très complexes de physiologie et de psychopathie dont je ne voudrais pas abordé l'étude.

Je n'ai pas très bien compris quelle est la doctrine de la cénesthésie que M. Picqué oppose à la doctrine du somatisme.

M. Deny, dans une communication, a émis l'hypothèse d'une altération du centre cortical de la cénesthésie pour expliquer des troubles hypochondriaques que présentaient deux malades chez lesquelles il ne trouvait pas de lésions viscérales.

Mais si ce centre de la cénesthésie où viendraient se refléter les images de nos organes peut être lésé primitivement, il est possible d'admettre qu'il peut l'être aussi secondairement, les organes ou le système sympathique étant primitivement altérés.

Je ne sais pas si M. Deny est aussi exclusif dans sa théorie que M. Picqué semble le croire. Il m'a semblé que c'était plutôt la doctrine de M. Arnaud, qui est opposée à celle du somatisme, que défend M. Picqué. Pour M. Arnaud, en effet, la prédisposition est prédominante et la lésion organique ne joue aucun rôle, même dans l'orientation du délire.

Je voudrais traiter un autre point : Je crois qu'à l'heure actuelle, l'influence réciproque du physique et du moral est admise par tous ; nous admettons tous que si une émotion forte agit sur l'appétit et les fonctions digestives, une mauvaise digestion influe d'une façon fâcheuse sur le caractère et sur l'activité intellectuelle. De même l'action des infections, des intoxications, des auto-intoxications (hépatos-rénales, par altération des glandes à sécrétion interne, thyroïde, cancer, etc.) n'est plus discutée, lorsque le terrain est prédisposé dégénératif.

Ces intoxications diverses produisent le plus souvent de la confusion mentale et du délire onirique, d'autres fois elles agissent surtout en modifiant la cénesthésie et l'état émotionnel du sujet. L'activité intellectuelle est mise en jeu secondairement, par ce besoin que nous éprouvons tous de nous rendre compte de la modification apportée à notre moi et d'en trouver une explication. Les idées délirantes mélancoliques et hypocondriaques ne sont souvent que des formules explicatives. Et si ces explications sont souvent fausses, exagérées, délirantes, c'est que le jugement est troublé par l'état émotionnel concomitant, surtout chez les prédisposés et les émotifs.

Mais tous ces délires infectieux ou toxiques ne sont pas, à mon avis, des délires d'origine périphérique.

Le délire d'origine périphérique est, ou serait, à mon avis, le délire qui succéderait à une lésion ne produisant aucune toxine (ni infectieuse, ni cancéreuse, par exemple) d'un organe dont l'altération ne peut donner lieu à aucune auto-intoxication.

L'état mental des amputés, par exemple, et le délire que parfois ils présentent me paraîtraient constituer une base préférable à la discussion de l'origine périphérique des délires.

Chez eux, en effet, la cénesthésie est troublée; ils ont des illusions, des hallucinations mêmes.

Et quand ils délirent il est plus facile de préciser la part qui revient à la lésion périphérique, à l'émotion produite par le traumatisme lui-même et par la crainte de ses conséquences et enfin à la prédisposition.

C'est pourquoi, je crois que l'observation de M. Picqué, portant sur un malade ayant présenté des idées de possession et de l'hyperchlorhydrie, n'était pas très bien choisie pour servir de base à une telle discussion, car les relations de l'hyperchlorhydrie et de la névropathie en général ne sont pas très bien déterminées. L'hyperchlorhydrie se rencontre chez un grand nombre de névropathes: pour certains, elle serait sous la dépendance directe de la névrose, c'est-à-dire secondaire à une altération primitive des centres nerveux; pour d'autres, elle ne serait qu'une des manifestations d'un trouble général de la nutrition.

De sorte que l'action propre de la lésion stomacale est difficile à préciser.

Même dans ce cas, je ne crois pas que M. Picqué ait à se défendre d'avoir fait de la chirurgie doctrinale ; il a appliqué à une délirante le traitement qu'il aurait appliqué à toute autre malade présentant les mêmes symptômes, c'est-à-dire le traitement qu'il a jugé le meilleur.

M. ARNAUD. — M. Picqué nous a fait, à la séance de janvier, une importante communication, dans laquelle le chirurgien habile que nous connaissions s'est montré, une fois de plus, psychologue très informé.

Plusieurs fois déjà, ici même ou ailleurs, M. Picqué avait soulevé cette question de « l'origine périphérique du délire ». Mais, dans ses précédents travaux, il était surtout question du *délire hypocondriaque*, tandis que, dans cette dernière communication, il s'agit presque uniquement des *états mélancoliques*. Le problème se trouve ainsi modifié, et, pour le dire tout de suite, l'accord est devenu moins difficile entre M. Picqué et ses contradicteurs, dont je suis.

En effet, admettre qu'une affection organique puisse engendrer un délire hypocondriaque en rapport direct avec l'organe malade, c'est admettre du même coup une sorte de *spécificité originelle* pour ce délire, qui devrait à la maladie organique tout à la fois sa naissance, son orientation clinique et sa formule logique. Une telle conception ne me semble fondée, ni en doctrine, ni en fait. Sans rouvrir la discussion sur le délire hypocondriaque, je répète qu'à mon avis la lésion périphérique ne peut rendre compte ni du développement du délire, ni de son orientation vers l'hypocondrie ; son rôle se borne à *localiser* le délire, c'est-à-dire à fixer les préoccupations délirantes en voie d'évolution sur tel organe plutôt que sur tel autre.

Pour les états mélancoliques, où il ne s'agit plus de délires en rapports directs avec l'organisme, où il ne s'agit même plus de formules délirantes précises, mais principalement des réactions affectives et de l'humeur, certaines des objections élevées à propos du délire hypocondriaque disparaissent ou s'atténuent beaucoup.

L'observation des états psychiques regardés comme normaux fournit la preuve constante de la banale *influence du physique sur le moral*. Bien souvent, la maladie périphérique engendre la tristesse, la dépression, l'humeur mélancolique. Rien de plus naturel que de se demander pourquoi il n'en serait pas de même de la dépression et de la tristesse pathologiques? Rien aussi de plus facile que de relever nombre de cas dans lesquels sont notés des rapports de coexistence ou de succession entre des affections organiques et des psychoses mélancoliques. On peut même dire que, le plus souvent sinon toujours, la maladie ne se limite pas, chez le mélancolique, aux seules fonctions cérébrales, mais qu'elle atteint aussi plusieurs autres fonctions organiques. La question est de savoir si le cerveau est troublé par suite et en conséquence des altérations des autres organes, ou si les deux catégories de symptômes ne relèveraient pas, au contraire, d'une même cause?

C'est à cette seconde hypothèse que je me rallie, et je pense qu'en réalité l'origine périphérique des états mélancoliques n'est pas plus démontrée que celle du délire hypocondriaque. En fait, d'une part, la proportion des hypocondriaques délirants et des mélancoliques est infime par rapport à l'ensemble des malades atteints d'affections organiques. D'autre part, beaucoup de psychopathes souffrent de maladies organiques diverses, sans devenir hypocondriaques ou mélancoliques; il me suffira de rappeler comme exemples la puerpéralité et la paralysie générale, qui peuvent, l'une et l'autre, s'accompagner de troubles mentaux bien différents de la mélancolie et de l'hypocondrie. Par conséquent, c'est par autre chose que l'affection organique périphérique que sont conditionnées la genèse et la physionomie clinique de la psychose. La question soulevée par M. Picqué est, au fond, la vieille question des Folies sympathiques et de la Folie puerpérale. Ce sont les mêmes arguments pour et contre. En ce qui me concerne, je pense que le trouble mental, quel qu'il soit, est conditionné, non par une affection organique accidentelle, mais par une prédisposition spéciale. Et ce n'est pas seulement la genèse de la psychose qui exige cette prédisposition, c'est aussi sa physionomie clinique,

ce que j'appelle son *orientation* vers les idées hypocondriaques, mélancoliques ou autres. La prédisposition n'est pas, d'ailleurs, une chose vague et indéterminée, une simple virtualité qui, à un moment de l'existence du sujet, se réalise plus ou moins vite. Longtemps avant l'apparition du trouble mental, la prédisposition marque le caractère du futur psychopathe. Avant de délirer, le persécuté présentait déjà de l'égophilie, une personnalité en opposition fréquente avec son entourage, avec les exigences sociales; il était défiant et orgueilleux. Le délirant hypocondriaque s'était montré, de tout temps, préoccupé à l'excès de sa santé. Le mélancolique confirmé était antérieurement un concentré, un scrupuleux, le plus souvent mal satisfait de lui-même, etc. Les causes occasionnelles du délire ne font qu'aviver des tendances antérieures à leur action. La maladie mentale ne crée pas une personnalité sans rapport avec l'ancienne personnalité du malade; elle amplifie, elle exagère jusqu'à l'état morbide les particularités foncières du caractère, de sorte que ce caractère est toujours reconnaissable dans la psychose (exception faite, bien entendu, pour les états démentiels profonds). Ceci revient à faire cette constatation banale que chacun délire *avec son cerveau*.

La prédisposition au délire, comme son passage à l'état pathologique confirmé, tiennent à des modifications organiques encore inconnues, mais que l'on connaîtra peut-être un jour. C'est là, à mon avis, une condition nécessaire de tous les délires et non pas seulement du délire hypocondriaque. Seulement, je pense que ces modifications doivent être cherchées dans le cerveau et non dans les organes périphériques.

Mais, vraiment, je me demande si nous différons essentiellement d'avis, M. Picqué et moi, si nous sommes séparés par autre chose que par des nuances? En effet, M. Picqué n'a jamais, que je sache, nié la nécessité de la prédisposition, dans la genèse des psychoses qu'il considère comme pouvant être d'origine périphérique. Mais il semble lui reconnaître maintenant une importance plus grande. Faisant sienne une opinion exprimée par son élève Latapie, M. Picqué estime que « la prédisposition commande, en quelque sorte, la

forme clinique du délire d'origine infectieuse ». Et, à propos des récidives, M. Picqué dit encore « qu'elles s'expliquent naturellement par la prédisposition antérieure du sujet ». Je crois pouvoir en conclure que nous sommes à peu près du même avis.

L'accord entre nous sera tout à fait complet si, laissant le côté doctrinal, nous arrivons au côté pratique de la question. A ce point de vue, l'œuvre que poursuit M. Picqué avec tant d'énergie et de succès mérite notre reconnaissance. Elle a été bienfaisante pour les aliénés, car elle a contribué puissamment à démontrer que les opérations chirurgicales trouvent le plus souvent dans l'état mental non des contre-indications, mais des indications positives. Si une maladie périphérique est incapable de faire naître un délire, elle peut en revanche l'entretenir et l'aggraver, parce qu'elle fixe et systématise l'attention et les préoccupations délirantes. L'intervention chirurgicale peut souvent améliorer l'état mental, et M. Picqué nous a fourni nombre d'observations démonstratives à cet égard. Sans doute, à elle seule, l'opération n'amènera pas la guérison du délire ; mais elle déterminera souvent des améliorations plus ou moins marquées et durables, elle pourra favoriser la guérison. On pourrait donc dire, que chez les aliénés, toute opération chirurgicale, lorsqu'elle est possible, est doublement indiquée, puisque, dans bien des cas, elle est susceptible de produire à la fois la guérison locale et l'amélioration de l'état mental.

M. PICQUÉ. — Je remercie mes collègues d'avoir bien voulu prendre la parole au sujet de ma communication. Je demande à M. le Président de leur répondre dans la prochaine séance, mais je tiens toutefois à insister sur ce fait que j'ai toujours mis en avant la prédisposition et établi la part qui revient à la maladie et au malade. Il n'est jamais entré dans ma pensée qu'une lésion chirurgicale puisse engendrer un délire. Il faut naturellement une prédisposition préalable du malade, et je remercie M. Arnand d'avoir cité quelques passages de mon travail établissant ma conviction à cet égard.

M. VALLON. — Il ne faut pas confondre l'orientation du délire et sa forme clinique. Souvent une affection

médicale ou chirurgicale oriente dans un sens déterminé le délire. Tel le cas du mégalomane dont j'ai déjà parlé, qui, ayant une tumeur de l'abdomen, prétendait avoir Voltaire dans le ventre.

M. ARNAUD. — Dans le cas de M. Vallon, comme dans celui d'une malade hépatique qui se plaignait d'avoir un conclave dans le ventre, la lésion organique n'orienta pas le délire, mais simplement le localisa.

M. VIGOUROUX. — M. Vallon n'a-t-il pas donné ici même l'observation d'un malade porteur d'un cancer du larynx, non encore diagnostiqué cliniquement, qu'il avait considéré et traité comme un hypocondriaque? Dans ce cas, n'avait-il pas considéré que le cancer avait été la cause des troubles neurasthéniques et hypocondriaques de son malade? Il y a là plus que de l'orientation.

M. VALLON. — Je crois, en effet, qu'à la période prodromique d'un cancer on observe des états hypocondriaques qui peuvent être considérés comme la conséquence d'une intoxication. Ces malades cancéreux présentent une hypocondrie légitime.

M. VIGOUROUX. — Il existe donc à côté des malades congénitalement hypocondriaques, d'autres malades, simples prédisposés, qui sont devenus hypocondriaques sous l'influence de lésions organiques lésant le nerf sympathique ou produisant des intoxications. C'est la thèse que j'ai toujours soutenue.

M. ARNAUD. — Tous les hypocondriaques que j'ai observés étaient des prédisposés qui, avant l'explosion du délire, avaient manifesté une égophilie spéciale et des préoccupations exagérées de leur santé.

M. SOLLIER. — Je crois que dans l'hypocondrie il faut distinguer les hypocondriaques de naissance, prédisposés par conséquent, et ceux qui le deviennent à la suite de lésions du sympathique produisant des troubles de la cénesthésie. Ces troubles du sympathique se manifestent par des signes cliniques.

M. ARNAUD. — Il faut aussi distinguer les états hypocondriaques des états mélancoliques. Je ne crois pas que le délire hypocondriaque ait plus de rapports qu'un autre délire avec des lésions organiques.

De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats,

par M. le D^r LEGRAIN.

Un certificat d'aliénation est, plus souvent qu'on ne le croit, un danger pour son auteur. Il y a là matière à litiges dont le médecin est parfois appelé à payer les dépens. Je n'en veux pour nouvelle preuve qu'un jugement récent qui a frappé l'un de nos confrères, qui m'est d'ailleurs totalement inconnu, jugement que j'ai trouvé relaté dans la *Presse médicale* du 10 mars 1909. La lecture de ce document m'a suggéré un certain nombre de réflexions que je désire soumettre à la Société, surtout pour amorcer une discussion. Il est bon, en effet, de connaître et de faire connaître le plus possible la jurisprudence en matière de certificats d'internement, pour mettre les confrères en garde contre les périls qui découlent d'une interprétation que, pour ma part, je juge fausse, de notre devoir et de notre droit professionnel.

Aussi bien ne saurait-il être question de secourir un confrère malheureux puisqu'il y a chose jugée définitivement, même en appel; mais il se pourrait que plus tard, dans un cas analogue, un confrère inquiet pût prendre un point d'appui sur la discussion qui jaillira de cette communication.

Voici le fait : Dans un certificat à fin d'internement le D^r X... ne se contenta point de donner de la maladie de son client une description sommaire et précise; il n'hésita pas à écrire : « ... Parmi les collatéraux, on trouve un frère dégénéré et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente, lui aussi, des signes de dégénérescence mentale... »

Comment les personnes susindiquées eurent-elles connaissance du certificat? Toujours est-il qu'elles intentèrent un procès à notre confrère en lui réclamant des dommages-intérêts. La Cour rendit un jugement dont voici les attendus :

« ... Attendu, 1° que si l'art. 8 de la loi du 30 juin 1838
 « exige, pour qu'une personne atteinte d'aliénation
 « mentale puisse être reçue dans un asile d'aliénés, un
 « certificat de médecin, constatant l'état mental de la
 « personne à placer et indiquant les particularités de sa
 « maladie, ainsi que la nécessité de l'internement et
 « du traitement, cette disposition, avec juste raison,
 « n'impose pas au médecin l'obligation de se prononcer
 « pas plus sur les causes de la folie de la personne à
 « interner que sur l'état mental de ses proches; 2° que les
 « causes de la folie sont souvent trop mystérieuses pour
 « pouvoir être constatées avec certitude; 3° que, d'autre
 « part, l'existence de tares héréditaires ne peut résulter
 « pour le médecin que de renseignements que, dans la
 « plupart des cas, il n'a pas été en mesure de contrôler;
 « 4° qu'au surplus de pareilles indications sont évidem-
 « ment inutiles dans un certificat qui n'a d'autre but
 « que de justifier la demande d'internement; 5° que
 « c'est donc sans nécessité et, par suite, abusivement,
 « que le D^r X... a affirmé, dans son certificat du...,
 « que les appelants présentaient des signes de dégéné-
 « rescence mentale; 6° que cette affirmation porte à la
 « considération de M... et de D... une atteinte d'autant
 « plus grave que le certificat du D^r X..., qui, confor-
 « mément aux prescriptions de la loi, a été mentionné
 « sur le bulletin d'entrée, et dont copie a été envoyée
 « au maire de la commune pour être transmise au
 « préfet du département, ne saurait être considéré
 « comme ayant un caractère absolument confidentiel;
 « attendu qu'ainsi, par sa faute, le D^r X... a causé aux
 « appelants un préjudice dont il leur doit la répara-
 « tion..... Par ces motifs..... Condamne le D^r X... à
 « payer aux sieurs M... et D..., à titre de dommages-
 « intérêts, la somme de 1.000 francs..... »

Il me paraît clair qu'un aliéniste de profession aurait rédigé le certificat avec plus d'habileté. Mais la question que je pose n'est point de savoir si notre confrère a été ou n'a pas été habile, s'il était ou non opportun de dire ce qu'il a dit; la question est de savoir s'il avait le droit de le faire sans s'exposer à des poursuites. Je m'incline devant la chose jugée; mais un jugement, quel qu'il soit, appartient toujours à la critique. On

peut différer d'opinion avec la Cour sans la suspecter d'impéritie ou de parti pris.

La chose est importante, car nous sommes manifestement en présence d'un confrère particulièrement consciencieux qui a tenu (la chose vaut la peine d'être relevée par le temps qui court) à fournir la pleine justification de ses conclusions. Nos confrères, constamment hantés par le cauchemar des séquestrations arbitraires qui est un peu la folie périodique des journalistes en quête de scandales, se refusent aujourd'hui, plus souvent qu'on ne le croit, à aider de leur témoignage professionnel, les familles désireuses de faire traiter l'un des leurs. S'ils s'y résolvent, on ne peut que leur savoir gré (et la Cour aurait pu le faire) de donner la preuve irrécusable de leur examen scrupuleux. C'est la cause des malades, tout aussi bien que celle des confrères que je me permets de plaider ici, car de ces hésitations à rédiger les certificats de placement ou à conseiller l'internement dépend bien souvent le pronostic. On peut poser en principe que, dans la classe aisée, on interne trop tard pour le bien des malades.

Je voudrais maintenant examiner chacun des attendus de la Cour. Que reproche-t-on à notre confrère ?

On dit : 1° *Que si l'article 8 de la loi exige que le certificat constate l'état mental et les particularités de la maladie... il n'impose pas de se prononcer sur les causes de la folie ou sur l'état mental des proches.*

Il y a là un *distinguo* qui me paraît quelque peu dangereux et arbitraire. Il porte sur la valeur du mot « particularités ». Il n'a rien de limitatif, bien au contraire ; il est vague et général pour permettre justement au médecin certificateur de se mouvoir à l'aise et de donner à sa rédaction toute l'extension qu'il juge nécessaire. Qui oserait prétendre que l'énoncé des « particularités » ne saurait comprendre les causes de la maladie ? Et si les causes sont « particularités » recevables, pourquoi faire grief d'avoir énoncé parmi elles l'hérédité, qui est justement, de tous les renseignements étiologiques, le plus important ? Je pense donc que le grief, si grief il y a, ne saurait être appuyé sur le texte de la loi pas plus que sur son esprit.

Inversement, je dis que le *distinguo* est dangereux,

car si l'appréciation de la « particularité », ou mieux, sa limitation, est abandonnée à l'arbitraire du juge, c'est-à-dire de l'incompétent, il est clair que le médecin certificateur peut être légitimement inquiet dès qu'il prend la plume, à la pensée que telle « particularité » dont il fait état pourra demain, au seul gré d'un juge, lui être imputée.

Bien d'autres raisons militent en faveur d'un libellé de certificat très explicite comportant même l'hérédité. Le certificat a valeur de *rapport* médical et, comme tel, il doit JUSTIFIER l'état d'aliénation par toutes les preuves cliniques possibles. Je ne saurais reprocher à un confrère d'avoir accumulé les preuves de folie, requises pour l'internement. Nous nageons là en plein arbitraire, je ne saurais trop le répéter. Où commence le signe à dire et le signe à cacher ? Il n'y a qu'un seul juge possible dans l'espèce, c'est la conscience du médecin.

D'ailleurs, l'indication CAUSALE n'est pas parfois sans utilité pratique (habitudes de boisson, accidents spécifiques) et, d'autre part, il ne faut pas oublier que l'*étiologie* fait partie du diagnostic lui-même. Faut-il, quand il s'agit d'idiotie, d'imbécillité, de dégénérescence mentale, d'alcoolisme, de morphinisme, se torturer l'esprit pour inventer des synonymes, des périphrases, pour ne point inscrire un diagnostic qui serait du coup révélateur d'influences causales que tel ou tel aurait intérêt à voiler ? Malgré nos subterfuges, nos habiletés de langage qui nous font mettre bacillose à la place de tuberculose, et éthylisme à la place d'alcoolisme, nous faisons de l'étiologie quand même dans nos diagnostics et nous ne saurions nous y soustraire.

On reproche ensuite à notre confrère :

2° *Que les causes de la folie sont souvent trop mystérieuses pour pouvoir être constatées avec certitude.*

Il est vraiment difficile d'admettre une pareille ingérence du juge dans un débat de pure science, et d'appuyer surtout un jugement dommageable sur une opinion exprimée avec autant de prévention. Mystérieuses, les causes de la folie ? Où donc a-t-on pris cela ? Je crois que s'il est un chapitre de la psychiatrie où les hésitations sont justement assez rares, c'est bien celui

de l'étiologie. Les causes de la folie sont *très souvent* connues et peuvent être formulées avec certitude. L'absence de certitude ne serait pas, du reste, un motif suffisant pour éliminer le renseignement, car la difficulté se présenterait alors autrement menaçante pour le diagnostic, bien plus incertain que l'étiologie et qui se trouverait du coup banni du certificat.

Mais poursuivons :

3° *L'existence de tares héréditaires ne peut résulter pour le médecin que de renseignements que, dans la plupart des cas, il n'a pas été en mesure de contrôler.*

Voilà encore une affirmation bien hasardée et tendancieuse, car elle aurait pour effet d'imposer des bornes aux constats qui permettent un diagnostic plus précis. Il faudrait faire fi, notamment, des anamnestiques qui sont pourtant d'une grande valeur, bien qu'ils n'appartiennent pas à la catégorie des choses *vues*. Il ne faut pas oublier que s'il était indispensable d'avoir *vu* de ses yeux tout ce que l'on certifie, on serait dans certains cas bien embarrassé de certifier. La vue n'est pas le seul moyen d'investigation qui soit à la disposition du médecin. L'homme de l'art n'est point qu'une machine à enregistrer des signes de certitude; il a le pouvoir et le devoir d'exercer son sens critique, et ses moyens de contrôle indirects sont multiples; il les puise dans son expérience clinique, dans sa pratique plus ou moins longue des aliénés, et j'estime qu'il a le droit de faire état comme d'une certitude d'un renseignement donné par un tiers, quand ce renseignement fait partie, coutumièrement, du tableau clinique dont il a sous les yeux l'un des coins.

Où serait la possibilité de rédiger même une observation médicale s'il fallait se borner aux choses vues? Et, dans le cas bien plus épineux des rapports médico-légaux, ne reconnaît-on pas comme légitime l'emploi de constats autres que ceux que fournissent les sens? Qui prouve aussi que dans l'espèce, notre confrère n'a pas constaté *de visu* la réalité de ce qu'il avançait? Je me bornerai enfin à signaler qu'il est fort inexact de dire que l'existence de tares héréditaires ne peut résulter que de renseignements. Tous nous savons qu'il existe de ces tares des signes directs de la plus grande valeur.

La Cour ajoute :

4° et 5° *Que, au surplus, de pareilles indications sont évidemment inutiles dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement ; que, c'est donc sans nécessité et par suite abusivement que le D^r X... a affirmé dans son certificat du... que les appelants présentaient des signes de dégénérescence mentale.*

Cet attendu me paraît encore tendancieux et contraire même à l'esprit comme à la lettre de la loi. Il est tendancieux en ce sens qu'il voudrait limiter le droit du médecin au seul constat de ce qui est « utile ». Il va même plus loin, puisqu'il considérerait comme un « abus » de constater ce qui serait « sans nécessité ».

Il est contraire à la loi, car celle-ci stipule, non limitativement, que le médecin mentionnera les *particularités* de la maladie, et, en outre, il est évident que la loi exige ces particularités non pas seulement pour obtenir l'internement (point de vue utilitaire), mais beaucoup plus pour le JUSTIFIER. S'il en était autrement en effet, l'idéal du certificat serait celui qu'ont inventé de nombreux confrères, un peu brouillés avec la psychiatrie et qui consiste dans ces mots : *ce malade est atteint d'aliénation mentale*. Je crois qu'il vaut mieux pécher par excès de scrupules que par excès d'ignorance. Le premier cas comporte peut être des dangers pour le médecin, mais le second en comporte beaucoup plus pour la liberté des citoyens, ce qui est infiniment plus grave.

Je considérerais en somme comme fort rétrograde l'adoption d'un système dont la conséquence serait d'obliger le médecin à un laconisme diplomatique, par crainte perpétuelle de tomber sous le coup de la loi.

J'aborde le dernier attendu, qui est peut-être le plus important parce qu'il touche à deux points des plus graves : le *préjudice* et le *secret*. La question du préjudice, en effet, se dégage fort bien de tout ce qui précède ; elle peut rester entière même au cas où les droits visés par les précédents attendus seraient reconnus au médecin.

La Cour a décidé :

6° *Que cette affirmation (dégénérescence mentale) porte à la considération de M... et de D... une atteinte d'au-*

tant plus grave que le certificat du D^r X... qui, conformément aux prescriptions de la loi, a été mentionné sur le bulletin d'entrée, et dont copie a été envoyée au maire de la commune pour être transmise au préfet du département, ne saurait être considéré comme ayant un caractère absolument confidentiel; attendu qu'ainsi, par sa faute, le D^r X... a causé aux appelants un préjudice dont il leur doit réparation...

Voyons d'abord la question *préjudice*. Le préjudice est-il dans le fait d'avoir décrit ou mentionné un détail d'observation clinique ou dans le fait de l'avoir divulgué? Notre confrère a certifié : c'est à cela qu'il s'est borné. Or, un constat de dégénérescence mentale ne saurait être en soi un préjudice sous peine d'en voir un autre dans toute mention susceptible d'être interprétée par des gens ombrageux ou susceptibles, ou par des tiers qui n'ont pas à être mêlés à l'acte même de l'internement. La divulgation du certificat à des personnes autres que celles qui l'ont demandé dans un but déterminé est, à mon sens, un préjudice à l'égard du médecin certificateur, incapable de suspecter par principe un piège tendu à sa bonne foi.

Que dis-je? Mais de nombreux constats symptomatiques ou diagnostiques, jugés indispensables, sont de nature à porter ombrage. Le seul diagnostic de dégénérescence ne peut-il être pris en mauvaise part par les ascendants du malade, attendu que dans l'immense majorité des cas la dégénérescence implique une hérédité cérébrale, par suite une tare, aux yeux des gens du monde?

N'est-il pas évident encore, que la simple description sans diagnostic, peut être considérée comme désobligeante? Certains malades n'auraient-ils pas droit à s'insurger, quand on mentionne leur état de gâtisme, leurs attaques d'épilepsie, leurs habitudes d'intempérance ou leur libertinage, leur décadence morale, les actes ou attentats répréhensibles auxquels ils se sont livrés? La nomenclature, pourtant indispensable de ces faits, n'est-elle pas de nature à rejaillir sur l'entourage et par suite à créer pour lui des droits à récrimination? On pourrait aller fort loin dans cette voie périlleuse.

La question du *secret* a ici une importance cardinale, car c'est évidemment en se basant sur le principe nécessaire de la discrétion des tiers ou du secret imposé à d'autres tiers que le médecin peut dire en toute liberté d'esprit et de conscience tout ce qu'il croit utile aux fins poursuivies.

La Cour semble indiquer que le certificat est *un peu confidentiel*. Je crois qu'il l'est beaucoup. Mais, d'ailleurs, l'est-il ou ne l'est-il pas ?

A mon sens, il l'est : 1° vis-à-vis du demandeur, et il l'est : 2° vis-à-vis des tiers.

Vis-à-vis du demandeur, le certificat a la valeur de la simple ordonnance fournie à un consultant et qui est toujours confiée à sa discrétion. A-t-il ou n'a-t-il pas le droit de la divulguer ? Il en a certes le droit, mais j'estime que c'est à *ses risques et périls*. Faudrait-il se voir obligé de bannir de ses ordonnances, par exemple, toute prescription qui par son énoncé même, comme les frictions mercurielles ou les capsules de santal, pourrait faire porter sur le demandeur un jugement désobligeant ? Si la chose arrive, le demandeur n'a qu'à s'en prendre à lui-même. Le médecin n'est jamais inquiété pour ce fait.

J'entends bien qu'on objectera que les appréhensions des personnes visées n'ont été réveillées que par le fait de la mise en circulation administrative dudit certificat.

Là encore, je crois que ces appréhensions étaient injustifiées en principe et que la possibilité d'une violation du secret par un tiers interposé ne peut imposer au médecin la nécessité de restreindre ses déclarations à la portion la plus congrue. Ce serait tendancieux et injurieux à l'adresse des personnes qui, par profession, par fonction, sont tenues à la plus extrême réserve. Si nous devons faire état dans nos asiles des trop nombreuses indiscretions commises par les employés de bureau ou les malades auxquels on confie des dossiers, nous serions acculés à la nécessité de nous refuser à éclairer administrations et juges dans les cas précisément où ils ont le plus besoin de nos confidences.

Certes, le médecin a ses responsabilités, et elles sont lourdes, mais il serait injuste de les accroître encore en

feignant d'oublier que maires, préfets, commissaires de police, etc., ont aussi leur devoir de discrétion.

En entrant dans les vues de l'honorable Cour qui a jugé, qui sait si demain le seul fait de certifier l'aliénation mentale ne pourrait être poursuivi comme une dénonciation d'une grave tare familiale?

En manière de conclusion, je dirai que les dangers qui menacent l'exercice de notre profession de psychiatre sont déjà assez nombreux pour que nous ayons le droit de protester contre toute tendance à les accroître. N'oublions pas, du reste, que le législateur va demain nous demander aux fins d'internement non plus un certificat plus ou moins explicite, mais un véritable rapport. Je regrette vivement que la Cour n'ait point pris en considération cet état de l'opinion, en dehors de beaucoup d'autres contingences, pour écarter les revendications tout à fait déplacées des demandeurs et faire peser sur eux-mêmes toutes les conséquences du préjudice.

DISCUSSION

M. RAYNEAU. — Tout en déplorant l'aventure malheureuse arrivée à notre confrère, je ne partage pas tout à fait l'avis de M. Legrain. Il me semble qu'il fait une confusion entre le certificat à fin d'admission dans un asile et le rapport médico-légal. Notre confrère n'aurait pas dû mettre en cause dans son certificat une personne étrangère.

M. VALLON. — Comme M. Legrain, je trouve les poursuites contre notre confrère exagérées et mal fondées, car ce certificat a été remis à la famille qui était libre de ne pas s'en servir et de ne pas le faire connaître à des tiers. Ceci dit, notre confrère a eu le tort de citer inutilement les tares des parents de son malade. On ne lui demandait pas un certificat concernant la famille.

M. LEGRAIN. — Notre confrère ne pouvait pas supposer qu'il portait préjudice à la famille de son client; elle aurait pu ne pas se servir de ce certificat. Notre confrère, tout au plus, peut être taxé d'imprudence.

M. DUPRÉ. — Je m'associe aux paroles de MM. Ray-

neau et Vallon. En matière de certificat à fin d'admission dans un établissement spécial, la loi demande les particularités constatables et non les antécédents. Il faut distinguer entre les constatations directes et les renseignements donnés par des tiers. Je crois que le médecin est autorisé à employer le mot *dégénérescence mentale* qui est un terme vague, sans signification précise, puisque la *dégénérescence* peut être due à une affection postérieure à la naissance. Les renseignements plus précis sur l'hérédité sont inutiles.

M. ARNAUD. — A mon avis, on ne doit faire état ni de l'hérédité, ni de la *dégénérescence mentale*. Un individu n'est pas interné parce qu'il a des parents aliénés, ni parce qu'il est *dégénéré*; seul, son état mental actuel est utile à connaître pour justifier son internement.

M. LEGRAIN. — Tout en reconnaissant le bien fondé des critiques qui sont faites, je me demande si, dans certains cas, le médecin n'a pas le droit et le devoir de préciser l'hérédité de son malade pour renforcer la valeur de son certificat et rendre plus nettes les raisons qui militent en faveur de l'internement, et cela sans encourir des poursuites judiciaires.

M. COLIN. — Je partage l'avis de M. Legrain, et je trouve ridicule le jugement prononcé contre notre confrère. Il est des cas très difficiles où la notion de l'hérédité et celle de la *dégénérescence mentale* du malade sont absolument indispensables à faire connaître; pour obtenir l'internement que le médecin juge utile et nécessaire.

M. TRÉNEL. — M. Vallon a dit avec précision les raisons pour lesquelles la poursuite n'aurait pas dû avoir lieu. Mais je suis comme lui entièrement d'avis que, dans un certificat délivré à fin d'internement, il ne faut pas donner de renseignements sur l'hérédité. Le certificat est rédigé en vue de faire prendre une mesure administrative: le médecin doit seulement faire connaître les troubles mentaux qui nécessitent l'internement. La notion d'hérédité avec les indications précises sur cette hérédité n'a rien à voir avec les faits qui justifient le placement du malade. Je me demande même si le médecin peut, sans inconvénient, donner

certaines indications sur les antécédents personnels du malade, tels que la syphilis, etc.

La Société décide que la question soulevée par M. Legrain restera à l'ordre du jour.

La séance est levée à 6 h. 10.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 24 MAI 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, Juquelier, Marchand, Masbrenier, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le secrétaire général du XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes, qui demande à ce que la Société médico-psychologique soit représentée à ce Congrès par une délégation. MM. Arnaud, Roubinovitch, Semelaigne sont délégués par la Société ;

2° Une lettre de M. le D^r Leroy, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Traité de psychiatrie spéciale pour étudiants et médecins*, par M. le professeur Alexander Pilcz (de Vienne) ;

2° Sur la *Nosographie de la démence*, par M. Giuseppe Muggia ;

3° Les fascicules I et II du tome VIII des *Travaux de la Faculté de médecine de Tokio* ;

4° Le n^o 26 du journal *Ecos de las Mercèdes*.

Rapports de candidature.

M. MARCEL BRIAND. — Messieurs, dans votre séance précédente vous avez nommé une Commission, composée de MM. Magnan, Legrain et Briand, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Th. Simon, qui sollicite son admission comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Interne en médecine des asiles d'aliénés de la Seine, d'abord à la colonie de Vacluse, puis à l'asile clinique, dans le service de l'admission, M. Simon a été nommé médecin-adjoint des asiles publics, à la suite du concours de 1902. Après un séjour de quelques mois à l'asile de Dury-lès-Amiens, il est revenu auprès de M. Magnan pour remplir les fonctions de médecin-assistant, fonctions qu'il a dû quitter avant la fin de la cinquième année, pour ne pas perdre le bénéfice de ses services administratifs. Réintégré le 1^{er} octobre dernier dans le cadre des médecins des asiles publics, il a été nommé à l'asile Saint-Yon où il se trouve actuellement.

C'est à la colonie de Vacluse que M. Simon a préparé et passé sa thèse de doctorat intitulée : *Documents relatifs à la corrélation entre le développement physique et la capacité intellectuelle*. C'est également dans le service de M. le Dr Blin qu'il a commencé à s'intéresser aux déficients intellectuels et qu'il s'est initié aux méthodes rigoureuses de la psychologie expérimentale sous la direction de M. Binet dont il est devenu depuis le collaborateur assidu. Après quelques études d'anthropométrie, plus abondantes de peines que de résultats, comme le savent tous ceux qui ont entrepris des recherches de ce genre, M. Simon s'est plus particulièrement consacré à la psychologie des aliénés et la tâche ne s'est pas montrée ingrate puisque, au bout de quelques années et après une série de tâtonnements, que marque la suite de leurs mémoires sur ces sujets MM. Binet et Simon ont pu définir les différents états d'idiotie et d'imbécillité avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'ici et dresser une échelle du développement de l'intelligence, aux dif-

férents âges de l'enfance; appliquer pratiquement les résultats scientifiques au recrutement de ces classes spéciales pour enfants anormaux, dont la haute autorité de M. Léon Bourgeois vient d'obtenir des Chambres la création prochaine.

M. Simon trouvait, d'autre part, dans ce milieu si riche du service de l'admission de Sainte-Anne et auprès du maître éminent qui le dirige un enseignement si séduisant et des règles si claires de diagnostic qu'il s'efforçait de les résumer dans les *Années psychologiques* de 1904 et 1905, en y décrivant, d'après une rapide revision de tous les types morbides, leurs caractères cliniques essentiels.

En 1906, il était chargé d'un rapport au Congrès international de médecine de Lisbonne sur *La nature et l'évolution de la catatonie* et, en 1907, il obtenait le prix Falret à l'Académie de médecine avec un mémoire sur *l'Etat mental du dipsomane*. Il publiait, enfin, dans le journal *La Clinique* une série d'articles de vulgarisation des plus remarquables.

Comme conclusion de ce rapide exposé, votre Commission vous propose d'accueillir M. le D^r Simon en qualité de membre correspondant.

M. Simon est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Blin et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D^r Bernardo Etchepare, qui sollicite le titre de membre associé étranger de votre Société.

M. le D^r Bernardo Etchepare, d'origine française, a fait ses études générales de médecine à la Faculté de Paris. Il est aujourd'hui professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Montevideo et médecin de l'asile d'aliénés de cette capitale de l'Uruguay.

Les diverses communications de notre confrère ont été faites à la Société de médecine de Montevideo et publiées dans la *Revue Médicale de l'Uruguay* (*Revista Médica del Uruguay*). Il a fait paraître aussi dans les *Archives de Psychiatrie et de Criminologie de Buenos-*

Aires ses recherches sur la démence précoce avec des observations de malades. Ces travaux ont été traduits par notre collègue Thivet et reproduits presque entièrement dans les *Annales médico-psychologiques* de mars-avril 1905. En 1905 également, un curieux cas de folie communiquée entre les deux sœurs a été publié dans la *Revue Médicale de l'Uruguay* et reproduit dans les *Archives de psychiatrie et de Criminologie de Buenos-Aires*. La menstruation chez les aliénées a fait l'objet d'une étude importante. L'auteur passe en revue l'influence de la fonction cataméniale dans les différentes formes mentales : les psychoses aiguës, états maniaques, états mélancoliques, confusion mentale primitive, paranoïa aiguë, les psychoses chroniques, les états de dégénérescence, la débilité mentale, l'idiotie, etc. Ce travail est particulièrement intéressant à consulter ; il renferme, en outre, une collection de quarante-quatre photographies d'aliénées dans des attitudes diverses pendant la période menstruelle. Une analyse médicale en a été faite dans la *Semaine médicale* (avril 1905). Les anomalies du système nerveux chez les aliénés, syphilis cérébrale, dont on trouve l'analyse dans la *Revue clinique* (1905). Des observations de paralysie générale avec rémission et psychose infantile analysées dans la *Revue de neurologie* (octobre et novembre 1906). Le malade, paralytique général, eut une rémission de cinq ans, puis la maladie prit une marche très rapide, et, en quelques mois, le patient vint à mourir après une série d'ictus. Le cas de psychose infantile a trait à un enfant de six ans qui fut atteint de folie maniaque dépressive et traité par l'alitement. Cet état se prolongea pendant plusieurs mois et aboutit à la guérison. Somme toute, dit l'auteur, cette psychose était sensiblement comparable à celle de l'âge adulte. Le *puérilisme mental*, étude publiée dans la *Revue de l'Uruguay*, a été analysée dans la *Revue de psychiatrie* (octobre 1906) par notre collègue Juquelier. Il s'agit d'une vieille femme internée depuis de longues années, atteinte, par surcroît, de puérilisme mental. A propos de cette malade, l'auteur rappelle les différents travaux concernant le puérilisme mental ou syndrome de Dupré. La brochure renferme des docu-

ments photographiques très curieux représentant la vieille femme jouant avec ses poupées.

Enfin, en octobre 1908, M. le D^r Etchepare a publié une intéressante observation d'hystérie avec syndrome de Ganser; il s'agit d'une jeune Uruguayenne, à hérédité chargée, ayant eu un accès maniaque à la suite d'un chagrin d'amour, qui faisait des réponses volontairement extravagantes aux diverses questions qu'on lui posait.

Ce simple exposé vous démontre, messieurs, l'intérêt que présentent les nombreux travaux de l'auteur, très au courant de la psychiatrie française, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à la lecture de ses ouvrages; on y trouve également la preuve de sa sagacité clinique, de l'étendue et de la variété de son érudition.

Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Montevideo, médecin du Manicome National de l'Uruguay, M. le D^r Bernardo Etchepare sollicite l'honneur d'être associé à votre compagnie et d'apporter sa part contributive à vos discussions scientifiques.

Votre Commission est unanime à vous proposer d'admettre M. le D^r Bernardo Etchepare en qualité de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

M. Etchepare est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Démence rapide chez une épileptique,

Par MM. L. MARCHAND et H. NOUËT.

Sous le nom de démence épileptique, on entend l'affaiblissement intellectuel profond et irrémédiable qui survient chez certains comitiaux après l'âge de la puberté. Cette démence est quelquefois en rapport avec une augmentation évidente du nombre des accidents convulsifs; dans d'autres cas, elle survient à un moment de la vie du sujet où les accidents épileptiques cessent complètement ou deviennent seulement beaucoup plus rares. Ces observations de démence non accompagnée d'une recrudescence dans la fréquence des accès sont assez rares et méritent d'être étudiées; on ne

peut prétendre que dans ces cas les lésions corticales, substratum anatomique de la démence, ont été produites par les accès épileptiques.

L'observation suivante se rapporte à une épileptique qui présenta une démence à évolution très rapide non en rapport avec une augmentation de nombre des accidents comitiaux. L'examen histologique montre que cette démence est déterminée par des lésions de méningo-encéphalite chronique.

Le..., Louise, âgée de vingt-six ans, entre à l'hospice Des-saignes, de Blois, le 10 janvier 1907.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le père de la malade est mort à soixante-cinq ans, d'une hémorragie cérébrale. Sa mère est décédée à cinquante-cinq ans; elle était rhumatisante. L'un de ses frères est interné dans un asile d'aliénés.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le..., Louise, sait lire et écrire; elle a fréquenté l'école primaire jusqu'à l'âge de treize ans. La malade ignore si elle a présenté durant son enfance des convulsions ou d'autres affections graves.

Réglée à dix-huit ans, c'est à cette époque que la malade eut ses premiers accès comitiaux. Ceux-ci se manifestèrent d'abord à chaque période menstruelle. A ce moment, elle exerçait la profession de couturière; mais, ces accès l'empêchant de gagner sa vie, elle fut placée dans un établissement d'épileptiques à Bourges, où elle demeura cinq années. C'est de cet hôpital qu'elle fut dirigée sur Blois, en janvier 1907.

EXAMEN DE LA MALADE. — Le..., Louise, est d'une taille et d'une corpulence moyennes. On remarque chez elle de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, parmi lesquels de la microcéphalie, de l'ogivité de la voûte palatine; les lobules auriculaires sont adhérents; les dents sont irrégulièrement implantées, principalement au niveau du maxillaire supérieur. On note sur le front une cicatrice curviligne ancienne, déterminée par une chute au cours d'un accès comitial.

L'examen de la sensibilité ne dénote rien de particulier. Les pupilles, égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Il existe une exagération manifeste des réflexes rotuliens. L'examen des appareils respiratoire, circulatoire et digestif demeure négatif. On ne constate pas de troubles moteurs.

Au point de vue psychique, Louise Le... présente des signes de débilité mentale. Ses réponses sont empreintes d'un certain degré de puérilité; ses connaissances générales sont restreintes. Toutefois elle travaille avec adresse et exécute très convenablement les travaux d'aiguille dont on l'a chargée. Ce qui domine

dans l'état mental de la malade ce sont les troubles de caractère. Elle est très irritable et coléreuse, récrimine sur tout, accuse ses compagnes de lui créer les ennuis les plus variés. Les gardiennes ont peine à la diriger. Louise Le... réclame sa sortie, veut s'en retourner chez elle, « pour soigner sa tête », dit-elle.

La malade présente des crises comitiales extrêmement fréquentes, parfois 4 ou 5 par jour. Les mouvements convulsifs sont généralisés, les caractères des crises épileptiques sont classiques. Elle a un accès par jour au minimum.

La situation demeura stationnaire pendant les mois de février et mars 1907, Louise Le... se montrait irritable, difficile à diriger, mais elle travaillait assez régulièrement et ne présentait aucun symptôme d'agitation ou d'affaiblissement intellectuel.

Au cours du mois d'avril 1907, le tableau clinique de la maladie se modifia totalement. Louise Le... devint d'abord plus irritable, plus coléreuse et accusa des idées de suicide. Elle écrivit une lettre à un parent dans laquelle elle déclarait qu'elle attenterait à ses jours s'il ne la faisait sortir de l'hospice. Elle menaça à différentes reprises de s'évader, et fit même quelques tentatives dans ce but. C'est à cette époque qu'apparurent des symptômes d'agitation caractérisés par des gestes désordonnés, des propos décousus, de la logorrhée avec mots grossiers, orduriers (coprolalie). La malade était violente, impulsive, négativiste, s'enfuyant dès qu'on l'approchait et refusant de répondre aux questions. Elle répétait continuellement les mêmes phrases, à savoir qu'elle voulait s'en aller, qu'elle n'était pas soignée, etc. Louise Le... se livrait à des actes violents sur les autres malades, sur le personnel.

Cet état d'agitation nécessita son transfert à l'asile d'aliénés de Blois, où elle entra le 12 avril 1907.

Pendant les premiers jours qui suivirent son admission, la malade conserva la même agitation intense avec phénomènes de négativisme. Elle criait, gesticulait, se débattait, se sauvait dès qu'on l'approchait et ne répondait aux questions que par des mots grossiers. Toutefois, elle ne se montrait plus violente à l'égard des autres malades.

A cette agitation désordonnée succéda une période de calme relatif pendant laquelle cependant la malade se plaignait de la nourriture, des soins qu'on lui donnait, du personnel. Elle ne travaillait plus, passait ses journées à parcourir le préau et évitait la rencontre des médecins. Depuis l'apparition des symptômes d'agitation, les crises épileptiques ne s'étaient plus reproduites.

Dans le courant de juin, Louise Le... présenta souvent des

phénomènes particuliers. Plusieurs fois au cours de la journée, elle restait debout immobile, la tête penchée fortement en arrière, les bras tendus, raides, dirigés en avant, le corps en arc de cercle; le regard fixe. Durant ces attitudes bizarres, elle ne prononçait pas une parole et, interrogée, elle ne répondait pas. Cet état ne s'accompagnait pas de mouvements convulsifs et au bout de quelques minutes la malade revenait brusquement à elle et recommençait à formuler ses réclamations d'un ton déclamatoire.

Le 28 juin, nous avons fait les constatations suivantes : Légère amélioration au point de vue mental. La malade est beaucoup plus calme et moins coléreuse; elle ne présente plus de négativisme et répond aisément aux questions qu'on lui fait. Son visage est parfois souriant, aimable. On constate encore cependant l'existence d'idées de persécution. Elle déclare qu'on veut la tuer et qu'on a mis du poison dans ses aliments.

Depuis plus de deux mois qu'elle est à l'asile, elle n'a présenté que trois crises comitiales.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Les réflexes patellaires et achilléens sont très exagérés. Le réflexe cutané plantaire est conservé; pas de signe de Babinski.

En septembre, l'agitation reparaît très intense avec les mêmes caractères que précédemment, mais on constate que la malade est amaigrie et affaiblie. Elle s'alimente très mal, elle est gâteuse. Ses propos sont décousus, incohérents; il est impossible par l'interrogatoire d'en obtenir une réponse suivie. Le 22 septembre, elle est placée à l'infirmerie et alitée.

Le 1^{er} octobre, elle a une crise épileptique (la quatrième depuis le mois d'avril); la gardienne la trouve à moitié tombée du lit, la tête penchée en bas, cyanosée, l'écume aux lèvres. Depuis plusieurs jours, Louise Le... présente une escarre fessière.

L'agitation est intense; ce sont des propos incohérents, des mots grossiers. La mémoire est très affaiblie. La parole est très embarrassée, presque incompréhensible.

5 octobre. Agitation aussi accentuée. Gâtisme. Parole très embarrassée où l'on ne distingue plus que des mots grossiers. Affaiblissement intellectuel très accusé; aspect égaré, hébété; Louise Le... ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit.

9 octobre. La malade a un accès épileptique. L'affaiblissement physique est très prononcé, la maigreur extrême. L'escarre fessière est étendue et profonde. Gâtisme.

Au point de vue mental, il existe de l'affaiblissement intellectuel profond avec semi-agitation, mouvements automatiques, propos incohérents. La parole est toujours extrêmement embarrassée.

10 octobre. L'agitation persiste avec obnubilation intellectuelle.

La malade est complètement égarée, prononce des phrases incompréhensibles, dénuées de sens, où dominent des mots orduriers. L'articulation des mots est très défectueuse; la parole n'est plus qu'une sorte de bredouillement, comme si la malade parlait avec un corps étranger volumineux dans la bouche.

L'affaiblissement physique est extrême; on constate des mouvements carphologiques.

11 octobre. Louise L... a, le matin, un accès épileptique.

A la suite de cet accès, elle reste dans un état comateux qui persiste jusqu'à la mort, qui survient le 12 octobre dans la matinée.

Le liquide céphalo-rachidien est examiné une heure après la mort. Il ne contient pas de lymphocytes. Sa teneur en albumine est normale.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la cage thoracique on constate des adhérences pleurales au niveau du poumon droit.

Le poumon droit pèse 375 grammes, le gauche 305 grammes; les poumons sont légèrement congestionnés. Ils ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

Le cœur pèse 180 grammes; pas de lésions macroscopiques.

Le foie a un aspect normal; il pèse 960 grammes.

Les reins sont légèrement congestionnés; le rein droit pèse 75 grammes; le gauche 105 grammes.

Système nerveux. — Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Après incision de la dure-mère qui est épaissie, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les méninges molles, très congestionnées, présentent quelques adhérences avec la dure-mère.

L'hémisphère droit pèse 250 grammes; le gauche 515 grammes; le bulbe et le cervelet 135 grammes.

La pie-mère est très friable; elle adhère au cortex sous-jacent; au niveau du lobe occipital, les adhérences sont moins accusées. Pas d'athérome des artères. Sur les coupes vertico-transversales on ne relève aucune lésion localisée; les ventricules latéraux sont très dilatés; la substance corticale a une teinte hortensia.

Le plancher du quatrième ventricule a un aspect dépoli. Pas d'autres lésions macroscopiques.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'examen a porté sur les circonvolutions des régions motrices droite et gauche, sur la deuxième frontale droite, sur le pied de la troisième frontale

gauche. Les méthodes employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de van Gieson, la coloration au picro-carmin.

Les lésions sont diffuses, mais plus accentuées au niveau des lobes frontaux.

Les méninges sont épaissies irrégulièrement et infiltrées de cellules embryonnaires. Les vaisseaux gorgés de sang ont des parois normales. La pie-mère est par places intimement soudée au cortex sous-jacent; au niveau des symphyses méningo-corticales on observe de nombreuses cellules embryonnaires.

Les lésions du cortex consistent en une diminution des fibres tangentiellles, surtout apparente au niveau des lobes frontaux; dans ces dernières régions, la strie de Baillarger est en partie disparue. La névroglie est hyperplasiée dans toute la couche moléculaire; la sclérose est d'autant plus accusée qu'on examine des régions plus superficielles; elle est très manifeste au niveau des adhérences méningées.

Les cellules pyramidales paraissent peu lésées; leurs granulations chromophiles sont nombreuses et conservent bien les colorants électifs. Les vaisseaux ne présentent aucune lésion.

Le bulbe et le cervelet sont normaux; à relever seulement une disposition ondulée de l'épithélium du quatrième ventricule.

En résumé, une femme, épileptique depuis l'âge de dix-huit ans, présente à l'âge de vingt-six ans un accès d'agitation avec négativisme, incohérence, logorrhée, impulsions violentes; puis survient un état de calme relatif au cours duquel la malade prend des attitudes cataleptoïdes et émet des idées de persécution. Les crises comitiales, très fréquentes auparavant, deviennent plus rares. Après une légère amélioration de l'état mental, nouvel accès d'agitation avec amaigrissement rapide et gâtisme; l'affaiblissement intellectuel devient profond; la parole s'embarrasse et la malade meurt dans le coma; l'évolution de l'affection n'a été que de six mois.

Cette démence à marche rapide chez une épileptique a pour substratum anatomique des lésions méningo-corticales dont la pathogénie reste obscure. La prédominance des lésions au niveau des lobes frontaux, l'infiltration des méninges, la sclérose corticale, la destruction des fibres tangentiellles, l'intégrité relative des vaisseaux en forment les caractères principaux. Cette méningo encéphalite n'est peut-être que l'aboutissant d'une méningite chronique sous l'influence de causes

qui nous échappent ; à la méningite chronique, qui se manifestait par l'épilepsie, s'ajoutèrent des lésions profondes d'encéphalite scléreuse qui se traduisirent cliniquement par une démence à évolution rapide. Cette forme de démence est rare ; dans un cas, que l'un de nous a rapporté (1), l'affaiblissement intellectuel a débuté immédiatement après la cessation des crises, mais la démence s'est installée très lentement.

La plupart des auteurs réservent encore le terme de démence épileptique à l'affaiblissement intellectuel profond qui paraît résulter de la répétition des accès épileptiques ; la forme que nous venons de décrire ne peut être assimilée cliniquement à celle-ci. Cependant les recherches anatomo-pathologiques sur les différentes formes de démence qui surviennent chez les épileptiques, montrent que celles-ci ont beaucoup d'analogie entre elles et qu'elles sont presque toujours symptomatiques des mêmes lésions méningo-corticales chroniques. Il serait plus conforme aux faits d'admettre que la démence d'une part, et les accès épileptiques d'autre part, ne sont que des éléments symptomatiques d'une maladie cérébrale, sans considérer les accès comme la cause de la démence.

Il est cependant bien établi que souvent, après des accès en série, on peut voir survenir chez les épileptiques un état d'obnubilation intellectuelle ; mais s'agit-il de démence ? Généralement il s'agit d'états de stupeur qui sont plus ou moins passagers, tandis que la démence ne rétrocede jamais. La constatation du fait, que des épileptiques à accès nombreux peuvent atteindre un âge avancé sans présenter de démence, suffit pour montrer qu'on ne doit pas attribuer un rôle prépondérant aux accidents comitiaux convulsifs dans la pathogénie de la démence qui apparaît chez certains épileptiques.

DISCUSSION

M. VALLON. — Il est rare de voir la démence évoluer aussi rapidement chez les épileptiques. J'ai observé

(1) L. Marchand. Démence symptomatique de méningite chronique chez une ancienne épileptique. *Soc. anat.*, 25 mai 1906.

que les épileptiques vertigineux devenaient plus rapidement déments que les convulsifs.

M. BALLET. — Je partage l'avis de M. Vallon sur la plus grande fréquence de la démence dans les cas d'épilepsie se caractérisant par des vertiges. Cependant les vertigineux ne sont pas voués à la démence et j'ai observé et suivi un malade intelligent et bien doué, présentant des vertiges et des absences très fréquents, qui est resté très intelligent. Quelle était l'hérédité du malade de M. Marchand ?

M. MARCHAND. — Le malade avait un frère aliéné. Son père est mort d'hémorragie cérébrale.

M. BRIAND. — Le nombre des accès, crises ou vertiges n'est pas en rapport avec une évolution plus ou moins rapide de la démence. J'ai connu deux fils d'épileptique, tous deux épileptiques. L'un avait des crises très rares, est devenu rapidement dément; l'autre est resté intelligent, bien que présentant des accès fréquents.

M. VALLON. — Les épileptiques deviennent déments comme les vésaniques. Je ne crois pas qu'on puisse considérer la démence comme une conséquence des accès

Un cas de mort avec hypothermie dans la paralysie générale,

par M. ANDRÉ COLLIN, interne des hôpitaux.

L..., âgé de quarante-trois ans, entre à Bicêtre, le 5 mars 1909, avec le diagnostic de paralysie générale.

ANTÉCÉDENTS. — Sa sœur nous apprend les jours suivants qu'un grand-père aurait été fou six ans avant sa mort, qui eut lieu à soixante-treize ans; que leur père serait mort d'une fièvre cérébrale.

Le caractère antérieur du malade était doux; mais il était « exagéré en tout », vantard; il aimait à faire montre des connaissances qu'il avait acquises en voyageant pour son commerce de rideaux. Il a fait son instruction lui-même et n'a pas même passé son certificat d'études.

Le début de sa maladie, toujours d'après sa sœur avec laquelle il habitait, remonterait à six mois; à cette époque son caractère change d'une façon manifeste; il fait à table de futilités et fréquentes querelles à son neveu.

Cependant, il devait avoir commencé à être malade depuis dix-huit mois au moins, car, alors que ses rapports avec les autres étaient encore normaux, sa sœur dit l'avoir entendu la nuit jouer aux cartes seul dans sa chambre et faire à haute voix la démonstration des différentes façons de s'y prendre pour assurer le gain de la partie. Il passait aussi la plus grande partie de ses journées à jouer d'une « façon effrénée ». Nous ajouterons qu'il a eu la syphilis et qu'il buvait abondamment les apéritifs les plus divers.

A Toulouse, en octobre 1908, il aurait eu un état morbide qualifié crise de neurasthénie, au cours duquel on arrive juste à temps pour lui retirer le revolver avec lequel il avait l'intention de se tuer.

Il est invité à dîner, le 3 mars 1909; contrairement à ses habitudes, il se refuse à changer de vêtements pour se rendre à cette invitation; il rentre à 10 heures du soir et se met à crier subitement que la fortune lui est venue, qu'il est millionnaire, etc., etc...; toute la nuit, il est très agité et très excité; on l'emmène d'office au Dépôt, de là à Sainte-Anne, puis à Bicêtre.

Les différents certificats constatent que cet état de vive agitation et d'excitation n'a point cessé.

6 mars 1909. Son entrée dans le cabinet du médecin et sa tenue sont caractéristiques. La tête haute, il entre résolument en disant: « Je suis le milliardaire. » On le fait asseoir. Il le fait sans difficulté en disant: « Oui, mon coco. »

Dès lors rien ne peut arrêter son flux de paroles. « Je suis le plus bel homme, je vais chanter (il chante quelques couplets); je suis l'homme bolide, voulez-vous pariez qu'en huit secondes je vous envoie au Vésuve avec moi; vous me donnerez le bras; je mets une armure en caoutchouc, je prends des instruments de science, je danse sur un volcan, sur un moteur de 40.000 chevaux; ainsi, tenez, je vais porter votre fauteuil à bras tendus. »

Nous n'insisterons pas davantage sur ce délire caractéristique ni sur les autres signes de démence.

Les signes physiques sont non moins probants: Myosis, signe d'Argyll Robertson, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, achoppement à certains mots.

8 mars. Il est absolument dans le même état d'agitation et d'excitation. Il mord un malade qui veut prendre ses vêtements.

Il accueille ainsi l'interne: « On m'a assassiné, viens voir cela; j'ai téléphoné à M. Lépine. (*Enpleurant.*) Je suis fort, je l'aurais tué si j'avais voulu avec un doigt; mais je n'ai pas voulu. »

Les jours suivants, l'insomnie est presque absolue; il fait du bruit la nuit, on est obligé de le mettre aux agités. On n'a pu

lui donner qu'un seul bain prolongé le 7 mars, parce que le lendemain 8 il a été pris d'une syncope au bout d'une heure de bain. Pour la même raison, on lui a donné peu de chloral. Il n'avait d'ailleurs pas de lésion cardiaque constatable.

Dans la nuit du 15 au 16 mars, à 2 heures du matin, toute agitation et toute excitation cessent brusquement. On le transporte à l'infirmerie, l'interne de garde constate une certaine algidité. Il tâche d'obtenir une réaction par des frictions d'alcool, des sinapismes, des injections d'éther.

A 7 heures, le malade est dans le coma; température rectale, 33°8; même traitement que ci-dessus.

A 11 heures, le corps est froid; température, 34 degrés; la figure est grimaçante, les oreilles sont cyanosées, les membres supérieurs sont raides, le pouls est impossible à compter. L'auscultation fait entendre 15 ou 18 systoles par minute.

Insensibilité absolue à toutes les excitations.

A 2 heures, on fait une injection sous-cutanée de 250 gr. de sérum physiologique.

Les systoles deviennent un peu plus fréquentes sous l'influence de l'huile camphrée; la température reste voisine de 34 degrés.

Mort sans avoir repris connaissance à 4 h. 1/2. La température prise à 4 heures était la même.

Opposition pour l'autopsie.

Un cas analogue a été publié par Iscovesco en 1895(1).

Le malade eut une période d'agitation qui cessa brusquement et fit place au coma. La mort eut lieu avec une température de 28 degrés.

Rien de remarquable à signaler à l'autopsie, si ce n'est une dilatation du tronc basilaire.

Le professeur Joffroy rapporte deux observations analogues au Congrès des aliénistes de Limoges (2).

Dans le premier cas, mort avec une température de 26 degrés, une période d'agitation avait également précédé la mort.

Dans le deuxième cas, l'agitation est plus marquée

(1) Iscovesco. Sur un cas d'hypothermie dans la paralysie générale. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1895, 105, t. II, p. 754.

(2) Joffroy. Algidité centrale d'assez longue durée chez deux paralytiques généraux. *Congrès méd. aliénistes et neurologistes de la France*, Limoges, 1901, t. XI, p. 467.

et le malade meurt avec 26 degrés. Ce dernier malade était atteint de lésions des cordons postérieurs.

Les deux autopsies ne révèlent rien d'autre que les lésions habituelles de la paralysie générale.

Nous ne proposerons aucune explication de ces faits.

Ziehen (1) remarque que l'hypothermie extrême n'arrive presque jamais que dans la période finale de la paralysie générale, c'est-à-dire avec cachexie.

Cet auteur remarque en outre qu'on peut occasionnellement rencontrer de l'hypothermie avant un ictus paralytique ou après une agitation très intense.

Dans notre cas, le malade n'était pas encore cachectique et son agitation n'était pas considérable, pas plus que dans les cas d'Iscovesco et de Joffroy.

DISCUSSION

M. VALLON. — Quelquefois l'hypothermie chez les paralytiques généraux est la conséquence de l'emploi de l'eau froide. Les douches froides sont très mauvaises pour ces malades.

M. MARCHAND. — A côté des hyperthermies d'origine nerveuse, il existe des hypothermies également d'origine nerveuse. Contrairement aux hyperthermies qui sont généralement en rapport avec des lésions aiguës de l'encéphale (hémorragies, ramollissements cérébraux, états de mal, etc.), les hypothermies sont liées à des lésions cérébrales à évolution lente et sont un signe de pronostic fatal. Dans trois cas d'hypothermie chez des paralytiques généraux et dans un cas de démence organique, cas observés avec M. Olivier (2), nous avons relevé comme températures rectales les plus basses : 29 degrés, 22°4, 29 degrés, 28°5. Nos sujets n'étaient ni albuminuriques, ni diabétiques ; les urines ne contenaient pas d'éléments pathologiques. L'examen histologique ne nous a révélé aucune lésion importante des divers organes.

(1) Ziehen. *Psychiatrie*, 3^e Auflage, Leipzig, 1908, S. 672.

(2) L. Marchand et M. Olivier. Hypothermie chez un paralytique général. *Journ. de neurol.*, 1905. — Trois cas d'hypothermie d'origine nerveuse ; *Congrès de Genève*, Lausanne, août 1907.

M. BRIAND. — L'hypothermie est un symptôme fréquent chez les anxieux, les amaigris, les agités. J'ai observé une malade mélancolique chez laquelle le diagnostic d'érysipèle était resté douteux, parce que sa température était de 37 degrés au moment de la poussée. Quand elle fut guérie de son érysipèle, elle n'avait plus que 34 degrés.

M. VALLON. — A la suite d'accès maniaques, on observe de l'hypothermie consécutive à l'épuisement nerveux.

Paramyoclonus multiplex voisin du type de Friedreich, chez un comitial, suite de traumatisme,

par MM. les D^{rs} SIZARET (de Rennes), médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Ille-et-Vilaine, et G. RAVARIT (de Poitiers), médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de la Vienne.

Au cours d'une période d'instruction militaire accomplie à Rennes, à la fin de septembre 1908, j'ai eu l'occasion d'observer à l'Asile de cette ville, dans le service du D^r Sizaret, médecin en chef, un malade dont le cas nous a paru assez rare, et qui fait l'objet de cette observation aujourd'hui.

Je ne saurais trop remercier tout d'abord mon très distingué confrère de la grande amabilité qu'il a eue en me permettant de rapporter ce cas en son nom et au mien, et de m'avoir beaucoup aidé de sa compétence incontestable et incontestée, car il est, de l'aveu de tous, l'un des bons ouvriers de la clinique mentale.

Le malade était entré à l'Asile quelques jours auparavant. On l'avait évacué de l'hospice Sainte-Mélanie, quartier d'incurables, d'idiots, de paralysés, d'épileptiques, où il séjournait depuis de longues années. Comme il y était grossier et très menaçant, il fut par suite justiciable de l'internement, étant devenu dangereux pour lui et pour les autres. A l'hospice, il avait eu de fréquentes crises comitiales.

Ce qui dès l'abord attire chez lui l'attention, ce sont des paroxysmes d'agitation, et par moments, très fréquem-

ment sinon habituellement, des secousses musculaires, subites, myocloniques, spontanées, car le choc ne les provoque pas.

L'interrogatoire peut être très facilement pratiqué : le malade est âgé de vingt-huit ans ; il est né le 14 septembre 1880, à Ch..., canton de L... Il a perdu son père, alcoolique invétéré, à l'âge de soixante-deux ans ; sa mère est morte paralysée il y a quatre ans, à soixante ans. J'ai eu quatre frères et deux sœurs, nous raconte encore B... Ces dernières sont décédées vers six et sept ans, j'ignore de quelle maladie, et deux de mes frères vers sept et douze ans, sans que je sache de quelle affection. Les deux autres survivants se portent bien et n'ont jamais été gravement malades. Aucun membre de ma famille n'a été interné dans un asile d'aliénés.

En ce qui concerne les antécédents personnels, B... nous renseigne parfaitement aussi, et nous dit avoir eu jusqu'à dix-huit ans une santé parfaite, ce qui nous fait éliminer d'emblée la maladie de Thomsen, si on y avait pensé dès l'abord. Il a reçu une instruction primaire peu développée, mais il sait tout de même lire et écrire passablement pour se tirer d'affaire. Employé comme domestique de ferme, il gagnait très bien sa vie, lorsqu'un jour, conduisant un cheval, l'animal se jeta brusquement sur lui et le mordit au bras gauche, en le traînant sur une distance de plusieurs mètres. Dégagé par un autre garçon de ferme, B... ressentit une telle frayeur qu'il resta plus d'une demi-heure sans connaissance, mais tout rentra dans l'ordre lorsqu'il fut revenu à lui, et pendant *deux années* tout alla pour le mieux, et il vaqua comme d'habitude aux travaux des champs, sans éprouver le moindre malaise. Brusquement, un matin, il ressentit en descendant de son lit des secousses dans tous les membres, si bien qu'il pouvait à peine marcher et que tout mouvement demandant un peu de précision était devenu très difficile, sinon impossible. De temps en temps, le malade nous dit, qu'il perdait subitement connaissance, et que revenu à lui, il ne se rappelait plus rien (amnésie rétrograde), mais que les gens de son entourage lui assuraient qu'il avait été fort agité, et que ses secousses avaient été plus fortes et plus

nombreuses à chaque fois. Il se mordait parfois la langue.

La mère du malade n'ayant pas le moyen de le recevoir chez elle pour lui faire donner les soins que nécessitait son état, il fut admis à l'hospice des incurables, où depuis huit ans il vivait, lorsque son internement s'imposa. Le malade se rappelle le jour où il fut évacué dudit hospice sur l'asile, où je me trouve, dit-il, en ce moment.

L'examen de B... est particulièrement intéressant. Le D^r Sizaret nous dit qu'il eut quelques jours de calme relatif aussitôt son entrée, mais depuis, très fréquemment et chaque jour, il présente des convulsions cloniques localisées à divers groupes musculaires qu'il nous est permis aussi d'observer. Ces secousses présentent les caractères suivants : parfois, elles sont circonscrites, groupées ; on en constate une du tronc, une d'un muscle de la cuisse, une du membre supérieur et de la face en même temps. On remarque une saillie très apparente à la partie centrale du muscle, notamment au triceps sural, et la contraction détermine un mouvement aussitôt. L'intégrité des muscles de la face est donc loin d'être constante, comme le pensait Friedreich.

Si on détourne l'attention du malade, les secousses paraissent diminuer, presque disparaître, comme le tremblement dans la maladie de Parkinson ; mais si on vient à lui parler des secousses elles-mêmes, elles reprennent de plus belle, et s'exagèrent comme le tremblement chez les individus atteints de sclérose en plaques (tremblement intentionnel de la sclérose en plaques). Elles sont bilatérales, mais la symétrie n'existe pas toujours, car elles prédominent du côté gauche, contrairement à la plupart des observations, où la symétrie est toujours notée.

Elles sont inégales, varient d'amplitude et déterminent des réactions irrégulières ; leur nombre est de vingt à trente mouvements par minute en moyenne. Il varie selon les muscles des différentes régions. En mettant le malade à nu, il présente un aspect vraiment curieux ; par la contraction de ses muscles abdominaux, il semble faire « la danse du ventre ».

Le muscle diaphragme se contracte brusquement,

déterminant un hoquet très violent, et toujours, en même temps que lui, l'orbiculaire des lèvres. Seule, entre toutes, la contraction simultanée de ces deux muscles ne dure guère plus d'une seconde, et au bout de quelques minutes d'intervalle elle réapparaît. Elle semble se faire rythmiquement.

La tête se ment brusquement à gauche et s'incline du côté gauche, car les sterno-cléido-mastoïdiens se contractent de telle sorte que le droit fait tourner la tête à gauche et que le gauche l'incline de son côté. Parfois, mais beaucoup plus rarement, elle se ment d'avant en arrière, comme dans les gestes de négation et d'affirmation. Il arrive aussi que l'orbiculaire des paupières se contracte en même temps que celui des lèvres, que le sterno-cléido-mastoïdien et le diaphragme. A noter l'absence de contraction des masséters, ainsi que celle des groupes moteurs des environs de l'oreille.

On ne remarque pas de mâchonnement, pas de méricysme, pas de nystagmus, ni d'iridodonésis. Il n'y a pas non plus de strabisme.

La langue accuse le mouvement de protraction, dit de « trombone de Magnan », et de droite à gauche évolue avec rapidité et *vice versa*. Pas de tremblement gélatineux, comme Parant l'a décrit dans la lypémanie aiguë.

La parole est heurtée, brusquement scandée par les contractions du diaphragme, parfois des accrocis comme dans le premier stade de la maladie de Bayle.

Contrairement aux autres cas de paramyoclonus qui ont été publiés, et au sujet desquels on a noté la rareté des mouvements du tronc, ceux-ci sont au contraire très fréquents chez notre malade, et d'une grande amplitude. Le sujet pivote parfois sur lui-même, et s'il est levé, il tombe d'habitude à gauche. Comme chez les tétaniques, on constate chez lui de l'opisthotonos, mais il ne soulève pas le siège; l'arc de cercle n'existe qu'entre le siège et le cou; pas de pleurosthotonos.

On sent la corde musculaire du biceps aux bras droit et gauche, ainsi qu'au triceps droit, mais pas du tout ou triceps gauche.

Notre grand regret sera de n'avoir pu pratiquer l'examen électrique des muscles; des réactions fort inté-

ressantes auraient pu nous être révélées. En tout cas, il est permis de penser que nous aurions eu là, comme dans d'autres myoclonies, une augmentation inconstante de l'excitabilité électrique, avec persistance constante de la contraction après l'excitation. C'est du moins ce qui semble résulter des expériences de Bastia-nelli, sur un type de myoclonie spécial, de myoclonie fibrillaire, publié par lui dans les *Archives de neuropathologie* en 1897.

Tous les muscles affectés, énumérés ci-dessus, ont conservé leur force dynamométrique.

En ce qui concerne les réflexes, nous dirons que chez notre malade les réflexes tendineux et les réflexes rotuliens en particulier existent et sont normaux des deux côtés, contrairement aux autres cas de paramyoclonus publiés, dans lesquels ils sont toujours notés comme très forts, sinon réellement exagérés. Léopold Lévi en particulier a insisté sur des cas de ce genre, où il a en outre signalé le clonus du pied.

D'autre part, les autres réflexes offrent d'intéressantes particularités : le réflexe cornéen est aboli à droite, il persiste à gauche, quoique très diminué. Le signe de Chérou (abolition du réflexe pharyngien) existe des deux côtés, il n'y a point de réflexe crémastérien. Pas de trépidation épileptoïde, pas non plus de signe de Babinski. La pupille réagit normalement à la lumière et à l'accommodation.

La sensibilité du malade est peu affectée ; elle existe au contact, au chaud, au froid, à la piqure, au pincement, au chatouillement. Il ne ressent pas de douleur au moment des contractions, mais parfois une sensation de lassitude lorsqu'elles prennent fin.

L'intelligence est indemne : le malade accuse parfois du délire onirique et de l'amnésie rétrograde partielle. Les appareils organiques chez lui ne sont pas touchés. Il présente des stigmates de dégénérescence, entre autres la voûte palatine ogivale, les deux lobules adhérents et un léger prognathisme.

Depuis son entrée à l'Asile, on n'a pas eu l'occasion d'observer chez lui d'accès comitial. Il ne pleure pas, son appétit est très bon. Au moment des grandes crises convulsives, il est complètement anurique. Il semble

qu'il y ait là encore, comme dans la plupart des psychoses, une poussée d'intoxication d'origine rénale, et que les toxines mises en jeu retentiraient sur le système musculaire pour y déterminer cette excitation, ces phénomènes convulsifs vraiment curieux que nous rapportons ici.

La fin des crises est signalée presque chaque fois par une véritable débâcle urinaire, atteignant 3 ou 4 litres en vingt-quatre heures, de même qu'à leur période prodromique on constate une diminution de moitié parfois, souvent plus, et au moment de la crise une anurie complète, pour qu'ensuite la quantité d'urine augmente au moment où l'amélioration va survenir. Nous rapprocherons cette constatation de celles faites avec tant de soins par notre maître, M. le professeur Régis, dans sa magistrale description de la confusion mentale typique.

Les autres caractères de l'urine, dans les cas que nous publions, sont les suivants : dans l'intervalle des crises, le taux est de 2 lit. 250 en vingt-quatre heures. La couleur en est jaune pâle; la densité 1016. Elle ne présente pas d'éléments anormaux : ni glucose, ni albumine; il y a absence complète aussi de cylindres et de tubes. On n'y a point trouvé non plus d'indicanurie, avec ou sans dérivés scatoliques, pas non plus d'urobilinurie, de diacéturie, d'acétonurie, etc. L'urée est un peu au-dessous de la normale; son taux est de 18 gr. 40.

Tel est, en résumé, le type de notre observation, que nous avons cru digne de la publicité; de par son essence même, car elle est assez rare, et que nous avons jugée peu banale aussi parce que, par les caractères qui lui appartiennent en propre, elle diffère un peu, comme nous l'avons mentionné, du paramyoclonus type, décrit par Friedreich par les caractères des secousses convulsives que nous avons énumérées, par les muscles qui sont atteints, par la variabilité et la spécialité de ses réflexes, par ses mouvements du tronc enfin. Elle diffère aussi du deuxième type qui a été décrit, la forme de Hénoc-Bergeron.

Ce que nous croyons intéressant de remarquer en outre, c'est que habituellement le début de ces affections est insidieux, ou bien les secousses apparaissent subitement à la suite d'une frayeur, et presque aussitôt. Chez

notre malade, au contraire, le traumatisme violent dont il a été victime a eu lieu à l'âge de dix-huit ans ; *pendant deux années*, il continua à vaquer aux occupations de son rude métier de garçon de ferme, s'adonnant sans relâche aux durs travaux des champs, sans éprouver le moindre malaise, et sans avoir une heure de maladie. De plus, la maladie n'a pas été chez lui progressive, elle est apparue d'emblée à la période d'état, par des secousses extrêmement violentes dans tous ses membres, un beau matin, en descendant de son lit, et plus de deux ans après le traumatisme. Nous insistons sur tous ces détails particuliers.

Nous ne nous sommes pas arrêtés pour le diagnostic aux chorées ou aux tics. Dans les premières, les mouvements sont plus « ronds », ont une plus grande amplitude. Notre description ne permet pas de penser non plus aux tics, dont les caractères différentiels principaux reconnaissent aux tics d'être coordonnés et de représenter ordinairement la répétition d'actes volontaires ou réflexes. Les tics, en un mot, figurent des mouvements systématisés, tandis qu'au contraire les mouvements de notre myoclonique sont tout à fait incoordonnés. Voilà pour le point de vue physique. Au point de vue psychique, nous dirons que chez les tiqueurs les troubles mentaux sont quasi la règle, et chez les myocloniques presque l'exception. Nous avons dit que chez notre sujet l'intelligence semblait indemne.

Il nous paraît donc, en résumé, que nous avons affaire là à un type nouveau, à une forme nouvelle de paramyoclonus, puisqu'elle se distingue par des particularités assez nombreuses des types les mieux isolés jusqu'ici. Ce serait donc un type voisin du paramyoclonus multiplex de Friedreich ; deux autres publiés jusqu'ici paraîtraient s'en rapprocher, un décrit par André dans son volume des maladies nerveuses, ainsi qu'un deuxième paru dans les *Archives de neurologie* en 1897-1898.

La séance est levée à 5 h. 15.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali.

ANNÉE 1906 (*Suite et fin*).

XX. — *Nouvelles recherches sur la nature des principes toxiques contenus dans le sang des épileptiques*; par le D^r Ceni (N° III). — Les animaux soumis à un processus d'immunisation avec du sérum épileptique hypotoxique pour l'homme ne présentent aucun phénomène d'intoxication spécial, mais se comportent par rapport à ce sérum comme par rapport à celui des individus sains. Les animaux soumis à un processus d'immunisation avec du sérum de sang d'épileptique hypertoxique pour l'homme succombent d'habitude très rapidement, lorsqu'on en arrive à injecter la moitié environ de la dose complète nécessaire pour immuniser ces animaux contre le sérum hypotoxique; mais ces phénomènes d'intoxication ne présentent rien de commun avec les phénomènes caractéristiques de l'épilepsie, ce sont ceux de graves hémolyses et l'analogue de ce que l'on observe chez l'homme non épileptique soumis à une injection de ce même sérum.

Le sérum hypotoxique des épileptiques ne présente à la réaction biologique aucun caractère de spécificité. La propriété précipitante de ce sérum se maintient presque invariable pendant les diverses phases de la maladie et correspond presque toujours à celle du sérum du sang des individus sains.

Quelquefois, mais rarement, les précipitines du sérum hypotoxique paraissent en quantité moindre que normalement, mais sans présenter aucun rapport ni avec la gravité de la maladie ni avec ses phases. Le sérum hypertoxique des épileptiques en général se comporte à la réaction biologique comme le sérum hypotoxique. Quelquefois cependant ce sérum représente des propriétés précipitantes spécifiques par rapport à un anti-sérum

préparé avec ce même sérum hypertoxique, mais jamais le sérum hypertoxique n'a chez l'animal sain une propriété spécifique épiléptogène comme il en a une chez l'homme épiléptique. Jamais la propriété précipitante du sérum des épiléptiques soit par rapport à l'anti-sérum humain vulgaire, soit par rapport à un anti-sérum spécifique, n'a de rapports ni avec la gravité ni avec les phases de la maladie ni avec le degré de toxicité du sérum lui-même.

On peut cependant conclure des quelques cas exceptionnels signalés par Ceni que le sérum du sang des épiléptiques, outre les précipitines normales, peut contenir des précipitines spécifiques.

XXI. — *Sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie*; par le Dr Sala (N° III). — Dans tous les cas d'épilepsie essentielle que l'auteur a eu l'occasion d'examiner microscopiquement, le cortex cérébral présente des altérations plus ou moins graves et profondes en rapport avec la durée et la gravité de la maladie.

Ces altérations portent sur les vaisseaux sanguins, la névroglie et les cellules nerveuses. Ces altérations étaient surtout bien caractérisées dans un cas, moins nettes dans les cas dans lesquels l'épilepsie ancienne avait donné lieu à de nombreux accès, à de l'état du mal et s'était accompagnée de tendance à la démence, plus réduite encore dans les formes légères et récentes. Ces altérations sont plus évidentes au niveau des circonvolutions Rolandiques, mais ne sont point limitées à ce territoire; on les retrouve dans d'autres régions du cortex et en particulier dans les circonvolutions frontales et occipitales. Dans la corne d'Ammon, l'étagé gris est surtout atteint; les lésions ne différaient pas de ce qu'elles sont ailleurs, sauf dans un cas où il y avait de l'idiotie concomitante. En ce qui concerne les vaisseaux sanguins, on constate la dilatation des gaines lymphatiques périvasculaires qui sont infiltrées de globules blancs, des atrophies vasculaires, des hémorragies punctiformes disséminées çà et là, d'extravasats sanguins, surtout si l'état de mal est cause de la mort. Dans les cas anciens, il y a épaississement des parois, prolifération de leurs noyaux. Dans le cas qui s'accompagnait d'idiotie il y avait des scléroses vasculaires très accentuées; mais dans aucun cas on ne constata de plasmazellen en excès. Lésions de la névroglie. Epaississement plus ou moins marqué de l'étagé sous-pial. Au milieu d'un amas de fibrilles, prolifération des cellules né-

vrogliques atteignant les parois des vaisseaux et d'autres que gagnera la région sous-piale en formant un réseau. On rencontre aussi des cellules névrogliales énormes à corps large, aplati, avec un gros noyau de forme variée et quelquefois deux noyaux contenant une quantité plus ou moins grande de pigment. Dans les cas où l'idiotie coexistait, il y avait de nombreuses cellules névrogliales en voie de cynèse et des noyaux libres. La cellule nerveuse présente des lésions variables allant d'un léger degré de chromatolyse à des manifestations très graves de l'altération cellulaire, ces lésions ont tantôt les caractères des lésions aiguës, tantôt celles des lésions chroniques. Ces dernières dues à des congestions répétées, à des désordres de l'oxydation du sang, analogues à celles de l'asphyxie. Sala a trouvé ces cellules géantes déjà décrites par divers auteurs dans l'épilepsie, surtout au niveau des circonvolutions rolandiennes soit seules, soit par groupes de deux ou trois. Quelques-unes représentaient de la chromatolyse : pour l'auteur, ce seraient des cellules de « Betz » qui sont normales chez l'homme, surtout dans le tiers supérieur de la frontale ascendante et dans le lobule paracentral. Sala n'admet pas comme ayant de l'importance la disposition décrite par Ronicorini, disposition anormale des étages corticaux et anomalies de l'orientation des cellules pyramidales. Dans deux cas il y a altération des méninges frontale et pariétale ascendantes, et du lobule paracentral (leptoméningite chronique). Aucune de ces lésions ne serait, pour l'auteur, caractéristique de l'épilepsie, on les trouverait dans l'amentia (confusion mentale), la démence sénile, la paralysie générale et la sénilité simple. Ce sont probablement les restes d'une série de congestions répétées et consécutives à de graves troubles vasculaires. Dans les cas d'idiotie concomitante les lésions peuvent être considérées, soit comme des anomalies congénitales, soit comme défaut de développement.

XXII. — *La fonction des canaux semi-circulaires, étude critique et expérimentale*; par le D^r Lussana (N^o III). — L'auteur a la conviction d'avoir démontré qu'aucune des théories non acoustiques sur la fonction des canaux semi-circulaires qu'il résume brièvement ne peut rendre compte de tous les faits connus. Il croit donc pouvoir conclure que seule une doctrine acoustique de la perception et de la direction des sons doit être retenue. La mieux fondée, suivant Lussana, aussi bien par les données de la logique que par celles de l'expérience, est celle du tonus labyrinthique de Ewald, mais pas tout à fait

dans le sens spécifique que son auteur lui attribue. Les troubles de l'orientation, présentés par les oiseaux qui ont les canaux semi-circulaires blessés, fournissent des raisons pour admettre que, secondairement, il se produit des associations symptomatologiques. Bonnier a dit : Le nerf de l'espace localise objectivement l'origine des perceptions auriculaires par l'orientation de l'incidence des ébranlements. Laborde admettait que les canaux semi-circulaires sont l'organe périphérique des réflexes inconscients coordonnés pour assurer le meilleur fonctionnement possible de l'audition : l'animal perçoit la sensation de direction avec la sensation du son ou du bruit lui-même provoqué par une cause extérieure. L'excitation des nerfs ampullaires occasionne des mouvements oculaires associés, destinés à diriger le regard dans la direction où l'on perçoit le bruit afin d'en découvrir la cause. Si ce mouvement ne suffisait pas pour diriger la ligne visuelle dans cette direction, des mouvements de la tête et éventuellement du corps entier interviendraient, déterminés, eux aussi, par l'ébranlement du contenu et des nerfs des canaux semi-circulaires.

XXIII. — *Cytolysine thermolabile et coctostabile dans le sang des psychopathes* ; par le Dr Ibba (N° III). — Le sérum des normaux, des paranoïaques, des phrénasthéniques n'est pas isolytique, mais il est faiblement hétérolytique. Celui des épileptiques, des maniaques, des mélancoliques, des paralytiques généraux, des alcooliques, des déments précoces peut avoir une action isolytique plus ou moins évidente, elle est d'autant plus accentuée que le sérum des épileptiques a été recueilli plus près de l'attaque. Le sérum des épileptiques et des maniaques n'a pas de pouvoir autolytique. L'hémolysine rencontrée chez les psychopathes appartient au groupe des hémolysines thermolabiles. Dans le sérum des psychopathes existe une antihémolysine et plus spécialement chez les paranoïaques et les phrénasthéniques, et quelquefois aussi de la sensibilisatrice libre. Plus le sérum d'un psychopathe est isolytique, moins ses hématies sont isolables. Le sang des psychopathes ne contient pas de substances alcoolosolabiles douées d'action bactéricide sur le bacille du charbon, ni bactéricide pour ces mêmes germes, le sérum étant refroidi.

XXIV. — *Signification et fréquence des manifestations hémilatérales dans l'épilepsie essentielle* ; par le Dr Besta (N° III). — Il s'agit de cas dans lesquels rien ne permet de supposer qu'il s'agisse d'autre chose que d'épilepsie essentielle.

L'accès convulsif est rigoureusement limité à une moitié du corps et présente tous les phénomènes classiques : perte de la conscience, phases tonique et clonique, déviation conjuguée des yeux, bouche tirée du côté malade — ou bien 2) — accès convulsif avec phases tonique et clonique limitées à une moitié du corps, puis secousses dans l'autre moitié qui finissent par y rester limitées — 3) — accès convulsifs complets, phases tonique et clonique diffusées à toute la musculature du corps dans lesquels il y a simplement prédominance de l'action à une moitié du corps. Il y a souvent diminution de la force musculaire du côté où prédomine la crise de l'abaissement de la commissure des lèvres, une moindre netteté du sillon nasal, souvent aussi de l'exagération des réflexes patellaire et plantaire. Il s'agit bien là d'un accident nerveux prédominant dans une des moitiés du myélocéphale qui, une fois, s'est accompagnée d'hémichorée et qui paraît avoir, dans certains cas, d'étroites relations avec la paralysie cérébrale infantile qui a pu se trouver dans les antécédents du sujet. Une deuxième série de cas est celle où il y a en permanence une diminution de force du côté malade, persistant un certain temps après les attaques. Exagération des réflexes rotuliens et cutanés. Il ne peut évidemment être ici question d'hémiplégie ou de troubles hémiparésiques persistants, puisqu'ils sont éliminés par la définition même de l'épilepsie protopathique ou essentielle ; mais ces faits peuvent s'observer dans les formes qui succèdent à un traumatisme. Cette épilepsie unilatérale est d'ailleurs d'une interprétation difficile. On sait combien est fréquente l'asymétrie fonctionnelle et même anatomique des deux moitiés du corps chez les épileptiques : asymétrie des formes, de la force des membres, des différents réflexes cutanés et tendineux. On sait aussi combien, même dans le mal comitial généralisé, il est fréquent d'observer une aura unilatérale qui, peu à peu, envahit tout le corps. L'accès convulsif, quelle que soit sa forme de début, a toujours l'effet d'accentuer, pendant un temps plus ou moins long, les phénomènes d'asymétrie fonctionnelle soit en exagérant ceux qui sont constants, soit en révélant des asymétries qui tout d'abord n'existent pas. Pour expliquer la pathogénie de l'accès, l'auteur adopte la théorie de son maître, le professeur Ceni.

XXV. — *Sur les altérations des cellules nerveuses dans l'hyperthermie expérimentale étudiée par les méthodes de Donaggio* ; par le D^r Scarpini (Fascicule III). — Chez les

animaux morts par suite d'élévation de leur température à 45 degrés, les méthodes de Donaggio démontrent que le réticulum fibrillaire des cellules nerveuses est altéré de diverses façons. Les mieux conservées sont les grandes cellules des cornes antérieures et les grandes cellules pyramidales du cerveau. La première modification est une tortuosité des fibrilles, le resserrement des mailles constituant le réseau fibrillaire; ensuite, il y a fragmentation et réduction du réticulum en grains plus ou moins confus et agglutinés entre eux. Quand le réticulum est dans cet état, le noyau est toujours coloré et plus encore le nucléole. La même coloration anormale existe dans le reste du protoplasma. La dernière phase de ces modifications est l'homogénéité de la couleur dans les diverses parties de la cellule qui est uniformément granuleuse, mais conserve encore sa forme. Si on cesse l'action de l'hyperthermie, l'animal survit quelques heures; on a alors la formation de vacuoles dans le corps cellulaire et de corpuscules autour du nucléole. Ces vacuoles sont probablement fonction d'un œdème de la cellule par hyperémie des centres nerveux. Peut-être la dentelature du nucléole, décrite déjà par quelques auteurs dans l'hyperthermie, est-elle due à la présence de corpuscules semi-lunaires périnucléolaires observés par Scarpini grâce à la méthode de Donaggio.

XXVI. — *La pression sanguine dans les maladies mentales.* 2^e note; par les D^{rs} Lugiato et Ohanessian (N^o III). — La pression sanguine, chez les déments précoces qui sont au début de la maladie, est plus faible que la pression qu'ont les normaux du même âge. Cette hypotension artérielle est en général en rapport avec un développement insuffisant du système cardio-vasculaire. La diminution de la pression artérielle peut constituer par hasard un des facteurs du ralentissement des échanges matériels chez les déments précoces. Chez les alcooliques, la pression artérielle est plus grande que celle que présente les normaux du même âge. Cette augmentation de pression est due à un complexe de causes: augmentation de la résistance périphérique par artério-sclérose, hyperactivité cardiaque, excitation du système nerveux par des substances anormalement charriées dans le sang et hypertrophie consécutive du cœur; ceci montre, ce que d'ailleurs on sait depuis longtemps, que chez l'alcoolique il se produit une sénilité précoce. Les déments séniles et post-apoplectiques présentent une pression sanguine assez élevée. Elle est bien plus élevée que celle des

normaux du même âge; cette pression est due à une hypertrophie du cœur qui se rencontre en général dans ces maladies et au grave état d'athérome central et périphérique. La pression sanguine chez tous les malades examinés est plus élevée de quelques millimètres de mercure, l'après-midi, à 4 heures du soir, que le matin à 9 heures. La pression sanguine à droite chez tous les malades, sauf quelques déments post-apoplectiques, est plus élevée de quelques millimètres que celle du côté gauche. Aucun rapport appréciable ne paraît exister entre la pression artérielle, la fréquence du pouls et celle de la respiration.

XXVII. — *Sur les voies pyramidales de l'homme*; par le Dr Ugolotti (N° III). — La dégénérescence totale secondaire du faisceau pyramidal direct assume différentes formes qui sont en rapport avec les régions considérées. Dans la région cervicale la forme en est triangulaire ou rectangulaire, dans la région dorsale elle s'étend en arc vers le cordon latéral, le long de la périphérie de la moelle, dans la région lombaire elle n'a aucune forme définie parce qu'à ce niveau, le faisceau pyramidal direct n'est représenté que par quelques fibres; mais dès qu'il devient plus important, il se dispose en une bande rectangulaire sur le côté du sillon médian antérieur. Pour Ugolotti les différences de forme de cette dégénérescence ne sont pas sous la dépendance, comme l'ont soutenu Marie et Guillain, du siège de la lésion primitive et, en particulier, la disposition en arc ou en croissant n'est pas liée au siège mésentéphalique de la lésion causale, mais à une condition anatomique normale caractéristique de la région dorsale de la moelle. Ce sont d'ailleurs ces formes qui ont servi aux auteurs à décrire la morphologie normale du faisceau, qu'ont confirmé les découvertes récentes de l'embryologie. Faisceau pyramidal homolatéral, à la suite d'une lésion unilatérale des centres ou des voies motrices, il y a constamment ou presque une dégénérescence secondaire médullaire tant dans le faisceau pyramidal croisé que dans le faisceau direct. Cette dégénérescence du faisceau homolatéral est toujours légère, bien que diffusée à tout, l'aire du faisceau pyramidal latéral, et normalement elle disparaît au niveau des premiers segments de la moelle lombaire. Celle-ci, contrairement à ce que Ugolotti avait signalé lors de ses premiers travaux datant de 1900, dépend de ce fait que quelques fibres se détachent des pyramides dégénérées au niveau de la décussation, et, au lieu de passer avec la grande majorité du faisceau du côté opposé (décussation des pyramides), suivent une voie directe et se dis-

posent dans l'aire de la pyramide homolatérale. Donc, chaque pyramide bulbaire se divise au voisinage du collet du bulbe en trois faisceaux: 1° direct, 2° croisé, 3° homolatéral. Il est probable que quelques-unes de ces fibres décussent aux différents étages de la moelle à travers les commissures interméduillaires.

XXVIII. — *Les lésions du réseau neurofibrillaire endocellulaire chez les mammifères adultes totalement ou partiellement privés de l'appareil thyro-parathyroïdien et leurs rapports avec la température*; par le Dr Balli (N° III). — Ces travaux ont été exécutés par la méthode de Donaggio. On extirpe chez un chien adulte l'appareil thyro-parathyroïdien. On fait l'autopsie : on pratique des coupes à différentes hauteurs de la moelle, du bulbe et du cortex. On traite par la pyridine très pure de Merck et les méthodes III et IV de Donaggio.

Dans la moelle on trouve un réticulum endo-cellulaire très pâle, d'une ténuité extrême, avec des nodosités très nettes, des vacuoles et une conglutination de fibrilles périnucléaires. Dans d'autres cas, il y a disparition complète des filaments les plus ténus du réseau avec des épaisissements variqueux sur quelques points. Dans le bulbe, envahissement du corps cellulaire par de très fines granulations, le cortex présente des lésions analogues. On trouve çà et là des neuronophages. Ces diverses lésions des neurofibrilles ont des caractères singulièrement typiques et sont bien plus intenses que celles obtenues par l'action simple d'un élément autotoxique.

XXIX. — *Le problème anthropométrique du crétinisme endémique*; par les Drs Cerletti et Perusini (n° III). — Cette question, comme beaucoup d'autres, a été embrouillée à plaisir par des personnes insuffisamment compétentes, car il faut dans l'examen de ce problème si complexe et si délicat tenir compte des races, du sexe et de l'âge, autrement on risque de grossières erreurs: Scholz paraît être le seul jusqu'à présent qui ait tenu compte de ces difficultés, mais il opérait sur un matériel par trop restreint (97 Styriens). A ce propos, les auteurs se posent la question suivante : une moyenne qui s'éloigne des nombres généralement obtenus est-elle forcément pathologique? Il est difficile d'y répondre dans l'état actuel de la science. Pour Scholz, l'endémie crétineuse dériverait de diverses causes, et aurait sur l'espèce une grande importance. Y a-t-il identité pathologique entre le crétinisme endémique et le myxœdème infantile? Est-ce simplement, comme le croit Jeandelize, une insuffisance thyroïdienne caractérisée par son endémicité?

Lugaro, au contraire, considère ces deux affections comme très éloignées l'une de l'autre. D'un autre côté, quel lien relie le goitre au crétinisme endémique? N'y a-t-il pas des îles dans l'archipel Indien où le crétinisme soit inconnu, alors que le goitre est commun (Wilken)? Faut-il admettre avec Fodéré que le goitre aboutit au crétinisme? Faut-il croire avec Mœbins que les testicules, la thyroïde et la glande pituitaire ont entre elles d'étroites relations et en ont avec l'accroissement squelettique? Cette manière de voir n'a pas été confirmée par les recherches de Schoenemann. La célèbre Commission sarde n'a-t-elle pas établi de distinction entre l'idiotie proprement dite et le crétinisme? Pour Lombroso, le miasme crétinogène (purement hypothétique) abaisserait la taille de la population. Il faudrait étudier dans le crétinisme la tête, le cou, le tronc, le membre inférieur, le pied et tenir compte de la fréquence et des résultats du rachitisme, du genu valgum, de l'achondroplasie qui souvent coexistent avec lui. Pour Lugaro, il y aurait souvent dans les cas d'insuffisance thyroïdienne des arrêts de développement du crâne, portant surtout sur le diamètre antéro-postérieur et une certaine tendance à la brachycéphalie surtout chez les sujets jeunes, car avec l'âge ils ont une certaine tendance à la dolichocéphalie par suite de l'accroissement, d'ailleurs tardif, du diamètre antéro-postérieur. Cette tendance à la dolichocéphalie s'exagérerait sous l'influence du traitement thyroïdien. Pour les auteurs, ce serait la synostose sphéno-basilaire qui serait l'expression la plus large du trouble d'ossification dans le crétinisme. Il faut en tout cas faire des crétins une étude anatomoclinique complète, aussi bien au point de vue anthropologique qu'au point de vue psychologique et clinique, en s'aidant au besoin de la radioscopie, de la radiographie et de la photographie. Le crétinisme étant fréquent en Italie, l'Etat devrait en provoquer l'étude par tous les moyens en son pouvoir. La France et la Sardaigne l'ont tenté, on le sait, sans résultat appréciable vers le milieu du dernier siècle; les notions modernes d'épidémiologie faciliteraient beaucoup une nouvelle tentative.

XXX. — *La criminalité dans le stade initial de la démence précoce*; par le D^r Pighini (n° III). — Les observations de l'auteur ont été recueillies au manicomie judiciaire de Reggio Emilia. Sur 143 aliénés criminels en traitement, il y a 114 condamnés, dont 56 (49,1 p. 100) sont des déments précoces; 29 malades ont bénéficié de non-lieu dont 8 déments précoces.

Sur les 56 déments précoces condamnés, il y avait 2 hétérophréniques, 9 catatoniques et 45 paranoïdes. Sous le rapport de l'âge, 11 avaient de quinze à vingt ans, 19 de vingt et un à vingt-cinq, 17 de vingt-six à trente ans, 6 de trente et un à trente-cinq, 1 de trente-six à quarante. Au point de vue de leur situation judiciaire, il faut considérer ceux qui furent reconnus aliénés par les magistrats (absous, non-lieu); ceux qui étant condamnés devinrent malades en prison (criminels devenus aliénés); ceux qui étaient fous à l'époque de leur condamnation (erreurs judiciaires). Pighini a pu étudier d'une façon complète 12 de ses malades, soit 4 absous et 8 condamnés, dont 6 appartenaient à la dernière catégorie.

Les crimes de sang montraient l'insensibilité morale des sujets et comprenaient des parricides, des violences contre le père et mère et le conjoint, des attentats à la pudeur avec violence, des coups et blessures ayant occasionné la mort sans intention de la donner; ce qui caractérise ces crimes, ce sont le haut degré dramatique qu'ils présentent, les motifs futiles, la satisfaction après l'acte accompli, et aussi l'idée fixe, les réactions violentes contre des persécuteurs réels ou imaginaires, parfois à la suite d'hallucinations psychiques (hallucinations apérceptives de Kahlbaum). Il étudie les coordonnées anthropométriques de ses malades. Parmi eux, il y a un cas typique de la démence précoce phrénasthénique décrite par Tamburini. Aucun des sujets considérés n'a présenté ni le type criminel épileptique ni celui du fou moral de Lombroso. Comme l'ont déjà dit Garofalo, Lombroso et E. Ferri, ce devrait être la « périiculosité » du délinquant qui devrait servir de base dans l'application de la peine et permettre ainsi d'assurer plus équitablement la défense sociale.

XXXI. — *A propos des réactions phénoliques des cultures de certains Aspergillus et de certains penicillium*; par le Dr Gosio (n° III). — Malgré l'avis de Ceni, Gosio admet qu'il se produit dans les cultures d'*Aspergillus* varians des composés phénoliques; il admet que l'absence de réaction du FeCl_3 n'est pas à elle seule suffisante pour permettre d'exclure l'idée d'un composé phénolique. Lesalol, phénol biatomique, ne la présente à aucun degré. Ceni a également, toujours d'après Gosio, commis une erreur de classification en distinguant plusieurs « espèces » d'*Aspergillus* varians; si ce sont des « espèces » d'*aspergillus* au sens taxonomique du mot, on n'a plus le droit de les qualifier de varians. Ceni a reproché à Gosio de trop attacher de valeur

à la réaction phénolique, de trop insister sur l'origine extra-parasitaire des toxines pellagrogènes, de considérer comme nouveaux des faits vieux de trois ans; les spores perdent leur pouvoir toxique en germant. L'auteur discute les trois propositions de son contradicteur et maintient ses premières conclusions; mais nous ne pouvons pas ici prendre part dans cette discussion, nous ne pouvons qu'indiquer les points sur lesquels elle a porté.

XXXII. — *Note préliminaire sur l'étude de la résistance du réseau fibrillaire des cellules nerveuses de la moelle épinière des lapins adultes (en français)*; par le Dr Lourevitch (n° III). — L'auteur rappelle les recherches de Donaggio et de ses élèves que nous avons résumées plus haut. Il se propose d'étudier l'influence de l'inanition jointe à la toxine tétanique ou à l'intoxication strychnique sur les animaux. On sait déjà que l'inanition seule ne modifie guère le réseau fibrillaire; il semble en être de même de la toxine tétanique (Uberti). Au microscope, les lésions trouvées dans des conditions qui sont tout près d'une action combinée de l'inanition et d'une substance toxique, toxine tétanique, strychnine, le réseau endo-cellulaire des lapins adultes n'est pas profondément modifié, mais encore il reste normal.

LE WAHL.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Journal of abnormal psychology.

ANNÉE 1906.

1. — *La pathogénie de quelques impulsions*; par le professeur Pierre Janet (n° 1, avril). — Il y a une disposition d'esprit tout à fait générale chez les obsédés et les impulsifs, jouant parfois un rôle déterminant dans leur mentalité, c'est la « crise psycholeptique », c'est-à-dire une sorte d'attaque de dépression, caractérisée par un sentiment d'impuissance, d'incomplétude, d'aboulie, etc. (Plusieurs observations.)

II. — *La psychologie des conversions religieuses subites*; par le professeur Morton Prince (n° 1). — Les soudaines conversions ne seraient point dues, d'après l'auteur, comme le soutient,

sans démonstration expérimentale, M. James, à ce que les convertis ont un large champ de pensées subconscientes, mais bien plutôt, à la persistance d'émotions liées à une dissociation de la personnalité. L'auteur prouve cette dissociation expérimentalement en examinant pendant l'hypnose un sujet. L'extase qui précède ces conversions souvent, est encore une preuve de l'existence de cet état de dissociation du Moi : l'extase est tout à fait comparable aux craintes obsédantes. Le cas célèbre de Ratisbonne est le même que celui de la malade observée par M. P... : il n'y a pas eu incubation et florescence d'idées restées longtemps subconscientes, mais persistance d'émotions simples développées dans un état de transe, puis associées aux préoccupations ordinaires de l'esprit. Ainsi, le cas de saint Paul, qui « entend » la voix de Jésus, et qui prêche ensuite qu'il a « vu » Jésus : l'émotion a persisté, mais l'idée du fait est restée confuse. le subconscient associant les émotions de préférence aux idées. Enfin, saint Paul, à la suite de cet événement, resta aveugle pendant trois jours ; l'auteur diagnostique avec vraisemblance une cécité hystérique, ce qui prouve l'existence chez saint Paul d'une dissociation de la personnalité. En résumé, il n'y aurait point « irruption » subconsciente, mais cristallisation de souvenirs liés à des émotions latentes.

III. — *Qu'est-ce que l'hypnose ?* par le professeur Von Bechterew (n° 1). — C'est non pas un sommeil suggéré, mais une modification spéciale du sommeil normal qui peut être provoquée aussi bien par des moyens physiques que psychiques. Von Bechterew pense ainsi concilier les vues des écoles de Nancy et de la Salpêtrière.

IV. — *La valeur de l'interprétation biologique pour la psychologie anormale ;* par le professeur Claparède (n° 2, juin). — Dire que le sommeil, par exemple, est le résultat d'une asphyxie, d'une intoxication, d'une anémie des centres nerveux, c'est en donner une explication anatomique ; mais dire avec Claparède que le sommeil est une fonction de défense de l'organisme contre la fatigue, ce n'est plus le regarder comme un état négatif, une cessation d'activité, c'est en faire une fonction positive, une réaction adaptée, un instinct de prévoyance : en un mot c'est se placer à un point de vue biologique. (Claparède aurait pu citer comme autre exemple, la notion de dégénérescence que Morel emploie à l'explication de la folie : c'est une explication biologique au premier chef.) Claparède s'attaque à l'hystérie. J'avais, pour ma part, pensé à expliquer le mensonge presque pathogno-

monique des hystériques, par une réaction de défense, due à un état de faiblesse subconscient, de ces malades, du sexe féminin pour la plupart; mais je n'avais pu résoudre la difficulté des anesthésies, une réaction de défense semblant impliquer plutôt l'hyperesthésie. Or, Claparède a résolu très élégamment cette difficulté : l'hystérique pratique « l'autotomie psychique » de la partie malade; il exagère la réaction de défense inspirée par la loi « de l'intérêt extemporané », comme l'énonce Claparède : l'hystérique écarte ce qui le gêne présentement.

Pour Claparède, les explications ordinairement données de la logorrhée des maniaques doivent être remplacées par une autre du genre de celle proposée par Liepmann : une désadaptation, non pas due à un trouble de l'attention, comme le dit Liepmann, mais à l'insuffisance de la fonction de l'intérêt qu'a un individu normal à être cohérent et logique.

Un meilleur exemple, à mon sens, d'explication biologique est celui que rappelle Claparède et donné par Flournoy de l'absence de l'illusion des poids chez les anormaux. Habituellement, de deux poids égaux, le plus gros est trouvé le plus lourd : les anormaux ne le trouvent point, parce qu'ils ont perdu l'habitude acquise héréditairement de constater que les fardeaux volumineux sont plus pesants que les tout petits. Les anormaux sont des dégénérés, donc atteints de dissolution des adaptations héréditairement acquises.

Je signalerai, dans un ordre d'idées analogues, que la même interprétation biologique conviendrait à ce que les Allemands appellent « Vexirfebler », c'est-à-dire à la perception de deux pointes quand la peau n'est piquée que par une seule; Binet a trouvé que les enfants anormaux, et les adultes leur ressemblant (les simplistes, dit Binet) perçoivent beaucoup moins souvent que les intelligents deux pointes pour une seule. La réaction de défense chez les « simplistes » est donc manifestement moindre que chez les normaux.

L'interprétation biologique est évidemment la meilleure, mais je pense qu'elle exige beaucoup de doigté, pour tomber juste.

V. — *La synthèse expérimentale des mémoires dissociées dans l'amnésie alcoolique*; par I.-A. Coriat (n° 3, août). — Amnésie n'est pas identique avec inconscience : il y a seulement submersion d'une partie du passé dans la subconscience. Cela est frappant dans les amnésies toxiques et donc, alcooliques. On peut faire disparaître cette amnésie en distrayant

ou inhibant la conscience supérieure. L'hypnose, ou mieux la méthode hypnoïdale (distraction expérimentale) font reparaître ces souvenirs subconscients, comme le font les rêves et les états délirants ou hallucinatoires. La distraction est produite par l'audition (les yeux étant fermés) d'un récit ou du tic-tac d'une montre : alors la mémoire reparaît et la lacune se comble par interrogatoire pendant la distraction. L'emploi de la montre est meilleur, à cause de la monotonie du stimulus. Au début des expériences, la synthèse des mémoires est fragmentaire, elle ne se complète que plus tard, par l'enchaînement des souvenirs.

VI. — *L'hystérie au point de vue de la dissociation de la personnalité*; par le professeur Morton Prince (n° 4, octobre).

— La multiplicité des personnalités chez un malade, c'est-à-dire la désintégration ou la dissociation de son Moi, n'est pas liée comme il est classique de le croire à la constatation d'amnésie : les changements d'humeur, de manière d'être, les variations de caractère, survenant brusquement surtout, indiquent des personnalités multiples. L'hystérie au contraire a une installation et une disparition graduelles, elle ne constitue qu'un des exemples de la dissociation de la personnalité, et les syndromes plus ou moins complexes que présentent les hystériques, s'ils sont la plupart du temps des manifestations de multiples personnalités, ne sont pas, pour cela, de l'hystérie.

VII. — *Un cas de double conscience : type amnésique avec fabrication de souvenirs*; par E. B. Angell (n° 4, octobre) et :

VIII. — *Fabrication subconsciente apparente*; par J. H. Hyslop (n° 5, novembre). Ces deux observations concernent un malade ayant fait une fugue hystérique, inventant ensuite un roman sur cette période, et une femme qui relatant un voyage planétaire écrit automatiquement. A ce propos, Prince Morton fait les remarques suivantes. Des psychologues, dit-il, sans expérience de la psychologie anormale, prétendent que l'écriture automatique et les phénomènes similaires sont purement physiologiques et ne sont point accompagnés d'idées, de pensée, ce seraient seulement des habitudes physiologiques des neurones. Le professeur A. H. Pierce maintient par exemple l'absence de pensée dans ces cas. Or, il semble que l'invention de récits certainement imaginaires par des personnes d'une honnêteté au-dessus de tout soupçon montre une pensée agissante. Cette note de Prince Morton rend explicite une fois de plus le point de vue cher à cet auteur : la multiplicité des personnalités expliquant une foule de situations mentales.

IX. — *Les associations au point de vue psycho-physique* ; par le professeur C. G. Jung (n° 6, février 1907). — Quand un courant électrique de 2 volts traverse le corps entre les deux paumes, la résistance du corps diminue si le sujet est soumis à des irritations sensorielles. Jung a perfectionné la technique de Veraguth, pour qui cette diminution de résistance est une représentation objective des sentiments ; d'autre part, si l'on mesure le temps de réaction consécutif à l'audition d'un mot, ce temps de réaction change si le mot évoque des associations d'idées fortes dans l'esprit du sujet. En faisant réagir par un autre mot répondu aussi vite que possible, et après la fin de l'expérience (portant sur une douzaine de mots-stimulus) faisant répéter au sujet les mots répondus, on trouve alors que parfois le souvenir est en défaut, et que c'est pour les mots-stimulus qui ont provoqué un long temps de réaction. Ainsi tandis que son temps de réaction est pour un sujet de 1 minute 5 secondes en moyenne, les mots : « eau, nager, lac, navire, » provoquent des temps de réaction de 3 à 5 minutes, et les réponses qui ont été « creux, savoir, eau, naufrage », sont transformées en « nager, eau, bleu, bateau à vapeur » ; or, les idées en rapport avec ces mots produisent un trouble très net, parce que le sujet a autrefois essayé de se noyer. De même les mots « restaurant, plein » provoquent la diminution de résistance d'un autre individu actuellement abstinent à la suite d'une agression commise par lui en état d'ivresse avec emprisonnement consécutif (le mot « plein » éveillant l'idée d'ivresse). Il est très difficile d'interpréter les expériences ; les applications à la psychologie judiciaire n'ont pas paru pratiques ; Jung dit que c'est « la routine » qui offre le moins de chance de se tromper : par exemple, à la diminution notable de la résistance électrique d'un sujet, et aussi à la persistance de la forme de réponse verbale provoquée d'abord par le mot « joli », Jung soupçonna qu'il avait affaire à un amoureux et en effet, c'était à un tout jeune marié. (Travail de la clinique de Zurich.)

X. — *Attaques psychasthéniques simulant l'épilepsie* ; par le professeur W. G. Spiller (n° 6). — Les diagnostics de « dégénéré » et aussi d'hystérique sont mal vus en clientèle, il est donc naturel qu'on les remplace par ceux de « neurasthénie », de « psychasthénie » ; mais il me semble que, pour un aliéniste, la plupart (sinon tous) des malades qui se rangent sous ces vocables sont des dégénérés mentaux ou simplement hypocondriaques ou confirmés. Malgré cela, des neurologistes qui voient

habituellement ces cas, quoique ne faisant pas œuvre de vulgarisation pour le grand public, ont fini par donner une apparence scientifique à des termes originaires sans une telle signification. C'est Westphal qui le premier (1872) regarda les convulsions accompagnant parfois l'agoraphobie comme pouvant relever d'un état spécial. Oppenheim (1905-1906) dénomma psychasténiques, des convulsions dont les caractères hystériques ou épileptiques ne sont pas entièrement classiques. Spiller cite comme « psychasthénique » le cas d'un enfant de cinq ans qui tombe, perd connaissance pendant 5 minutes, reste assoupi une demi-heure ensuite : parce qu'il n'y a, ni aura, ni morsure linguale, ni incontinence des sphincters, ni convulsions, ce ne serait peut-être pas de l'épilepsie. Mais les vertiges comitiaux n'ont même pas de perte de connaissance forcément adjointe, et sont tout de même de l'épilepsie.

M. AMELINE.

The American Journal of Insanity,

ANNÉE 1908

I. — *Vingt-sept cas de chorée chronique progressive*; par le D^r Arthur S. Hamilton (numéro de janvier). — Important mémoire; les vingt-sept cas y sont rapportés en détail. L'auteur en déduit les principales observations que voici : Dans seize cas au moins l'hérédité directe a été nettement constatée. L'hérédité de transformation, contrairement à ce qui arrive pour d'autres états morbides, ne s'y constate guère, pas plus que l'existence de troubles nerveux ou mentaux chez les collatéraux. La maladie est à peu près aussi commune chez les femmes que chez les hommes. La syphilis ou l'alcoolisme ne semblent pas y jouer de rôle. L'apparition de la maladie est de plus en plus précoce, à mesure que les générations se suivent. Aucune partie du corps ne semble plus spécialement affectée par la maladie. Dans vingt-six des cas observés, il y a eu des troubles mentaux, à savoir : de l'affaiblissement intellectuel progressif, des hallucinations et, le plus souvent, des idées délirantes diverses, presque toujours des idées de persécution, parfois des idées de grandeur. Tous les malades sont d'une irritabilité plus ou moins grande.

II. — *L'artério-sclérose dans ses rapports avec la maladie mentale*; par le D^r C. Macfie Campbell (numéro de janvier). —

L'artério-sclérose est fréquente dans les maladies mentales qui surviennent à un âge avancé. Des états qui, symptomatiquement, se rapportent à la mélancolie, à l'hypocondrie, à la neurasthénie, sont dus essentiellement à l'artério-sclérose, sans que, toutefois, il faille ne pas tenir compte d'autres facteurs qui pourraient s'y rencontrer. — La démence sénile ou présénile n'est souvent, elle aussi, qu'un effet de l'artério-sclérose. C'est encore le même élément qui intervient dans certains états épileptiformes survenus chez des personnes âgées.

III. — *Développement moderne de l'assistance et du traitement des aliénés dans l'Etat de New-York*; par le D^r Carlos F. Macdonald (numéro d'avril). — Exposé fait en 1907, au Congrès de psychiatrie d'Amsterdam, des progrès réalisés pour les aliénés dans l'Etat de New-York depuis trente ans; l'auteur passe en revue les lois promulguées, les modifications faites dans les asiles spéciaux. Il insiste particulièrement sur ce fait qu'on s'est efforcé de faire de ceux-ci des hôpitaux, au lieu d'hospices qu'ils étaient jusqu'alors.

IV. — *Un criminel soi-disant aliéné*; par le D^r C. A. Drew (numéro d'avril). — L'individu dont l'histoire est ici rapportée, et qui avait été condamné pour tentative de meurtre, fut par deux fois envoyé de la prison à l'asile d'aliénés criminels du Massachusetts, sur la demande des médecins de la prison, qui le considéraient comme aliéné, faible d'esprit, ayant des idées de persécution et des impulsions à la violence. Mais à l'asile, en étudiant son passé et en examinant de près les symptômes qu'il présentait, on eut la conviction qu'il n'était qu'un simulateur.

V. — *L'alcool, facteur étiologique de maladie mentale*; par le D^r Henry A. Cotton (numéro d'avril). — Simple résumé des opinions de divers auteurs. L'alcool est tantôt cause directe, tantôt seulement cause indirecte d'aliénation mentale. Dans le premier cas, il détermine surtout le *delirium tremens*. Dans le second cas, le D^r Cotton, d'après Kraepelin, semble admettre qu'il entre pour beaucoup dans la production de l'épilepsie, et de la paralysie générale.

VI. — *Pellagre et folie pellagreuse dans la Caroline du Sud*; rapport présenté par les médecins de l'hospice d'aliénés de Columbia (numéro d'avril). — Ce rapport présente sommairement neuf cas de folie pellagreuse, délire dépressif chez des individus ayant en même temps de la diarrhée chronique, de l'eczéma de la face et des mains. — Les auteurs en concluent

que la pellagre existe réellement dans la Caroline du Sud; mais leurs observations n'en déterminent pas la cause. — Ils font l'histoire de la maladie d'après un certain nombre d'auteurs allemands. Nous pouvons constater avec regret que, sauf une exception très honorable, celle de Régis, ils semblent ignorer complètement les remarquables travaux que la littérature médicale française a produits sur ce sujet.

VII. — *Espérances et déceptions de la psychiatrie*; par le Dr Charles P. Bancroft (numéro de juillet). — Discours prononcé au Congrès annuel de l'association médico-psychologique américaine. Le Dr Bancroft développe cette idée que, jusqu'ici, aucun traitement médical proprement dit, l'emploi des médicaments de toute sorte, les extraits glandulaires, l'électricité, l'hydrothérapie, les moyens successivement les plus vantés, n'ont permis de diminuer sensiblement le nombre des aliénés et qu'il faut compter bien plus sur les moyens de préservation que les progrès de la science permettront d'opposer aux causes de la maladie.

VIII. — *Psychiatrie et prophylaxie*; par le Dr Henry M. Hurd (numéro de juillet). — Pour enrayer les progrès de l'aliénation mentale, l'auteur préconise les moyens suivants :

Enseigner à l'enfant, dans l'école, les moyens de se faire une bonne santé; lui faire connaître spécialement les dangers de l'immoralité et de l'intempérance.

Faire connaître par la presse les mêmes notions.

Enfin, instituer dans toutes les écoles de médecine des hôpitaux où les étudiants puissent tous arriver à connaître et diagnostiquer les maladies mentales, et savoir quels sont les moyens de les traiter.

IX. — *Hôpitaux d'admission et quartiers de traitement dans les asiles publics d'aliénés*; par le Dr C. P. Bancroft (numéro de juillet).

X. — *Hôpitaux d'admission, quartiers et hôpitaux de traitement*; par le Dr M. S. Gregory (numéro de juillet). — Ces deux articles ont été présentés conjointement à l'Assemblée annuelle de l'association médico-psychologique américaine, à Washington, en 1907. Tous deux ont même but, montrer les grands avantages que les quartiers ou hôpitaux de traitement, distincts des asiles de chroniques, peuvent présenter aussi bien pour les aliénés que pour ceux qui les soignent, et même pour les étudiants à qui ils peuvent donner moyen de mieux connaître les maladies mentales.

Les deux auteurs demandent que les quartiers en question soient entièrement séparés de l'asile; qu'ils soient pourvus de tous les moyens thérapeutiques dont dispose un hôpital ordinaire; qu'ils aient des laboratoires où les études puissent se poursuivre aisément; qu'ils aient des médecins spéciaux; que tous les aliénés d'un asile de chroniques qui sont atteints de maladies mentales aiguës, y soient immédiatement conduits.

Entre autres avantages, ces quartiers ou pavillons peuvent contribuer à montrer aux aliénés qu'ils sont traités réellement comme des malades.

XI. — *Etat mental des aveugles*; par le D^r M. Rush Danton (numéro de juillet). — Etude appuyée sur cinq observations; l'auteur en tire les conclusions suivantes: Une cécité définitive porte à la dépression mentale ceux qui en sont atteints; cette dépression résulte plus de la crainte qu'ils ont d'être abandonnés par les leurs que de l'infirmité elle-même; les individus intelligents y échappent plus que les autres; la dépression s'accompagne quelquefois d'idées de suicide, mais cependant les tentatives de suicide sont rares.

XII. — *Etude anatomo-pathologique d'un cas d'hydrocéphalie*; par le D^r Samuel T. Orton (numéro d'octobre). — De cette étude, très détaillée, il résulte que dans le cas en question, la surface cérébrale et la contexture histologique de l'écorce différaient peu de celles d'un cerveau normal. Les sillons n'avaient aucune malformation sensible et les cellules corticales avaient une distribution régulière. La cause de l'hydrocéphalie, en partie inflammatoire, était une oblitération de l'aqueduc de Sylvius.

XIII. — *Etude sur la folie survenant entre soixante et quatre-vingts ans*; par les D^{rs} E. E. Southard et H. W. Mitchell (numéro d'octobre). — Entre un grand nombre de cas de folie sénile, les auteurs ont mis à part vingt-trois observations qui font l'objet de leur mémoire. De ces vingt-trois, il y a deux cas de délire alcoolique, cinq de délire systématisé, sept de délire maniaque, et neuf de dépression mélancolique.

L'intérêt que présentent ces observations réside spécialement en ce que, dans aucune d'elles, on n'a trouvé trace d'artériosclérose cérébrale ou d'atrophie cérébrale sénile; c'étaient des cas de maladie mentale essentielle. Et il ressort de là que l'atrophie et l'artériosclérose ne peuvent être toujours et absolument mises en cause dans la folie des vieillards.

XIV. — *De la dimension qui convient aux asiles d'aliénés*;

par le D^r Charles W. Pilgrim (numéro d'octobre). — Entre les asiles immenses, pouvant recevoir plus de deux mille pensionnaires, et les petits asiles, n'ayant pas plus de deux cents ou deux cent cinquante lits, le D^r Pilgrim, tout en reconnaissant à ces derniers certains avantages, se prononce pour ceux qui peuvent recevoir environ mille malades; au point de vue financier, principalement, c'est eux qui, à son avis, offrent les principaux avantages, tant pour le coût de premier établissement que pour les frais d'entretien et les dépenses d'approvisionnement.

XV. — *Une visite aux cliniques psychiatriques et aux asiles du vieux continent*; par le D^r Edward Ryan (numéro d'octobre).

XVI. — *Notes sur quelques cliniques psychiatriques et quelques asiles d'Allemagne*; par le D^r C. K. Clarke (numéro d'octobre). — Ces deux articles donnent la description de divers établissements d'Allemagne, que leurs auteurs ont visités. Nous les citons en constatant non sans regret que ceux-ci ne semblent pas avoir eu l'idée de visiter ceux de France. Notre pays ne compte guère pour les Américains, au point de vue psychiatrique: ils n'ont d'yeux que pour l'Allemagne. Et le D^r Clarke termine sa relation en disant: « Il y a quelques années, les Français et les Anglais tenaient la tête du mouvement scientifique en médecine mentale, par leur science et leurs méthodes. Aujourd'hui, ils sont distancés par les Allemands. » Est-ce vrai? Nous ne sommes pas disposé à le croire. Mais si on le croit à l'étranger, cela tient peut-être à ce qu'un certain nombre d'aliénistes français se sont trop complu à répudier la psychiatrie française, pleine de gloire et de valeur, et à n'avoir d'admiration que pour la psychiatrie allemande. Ils ont pu laisser croire ainsi qu'à nos propres yeux celle-ci seule avait de la valeur. Quand donc saurons-nous nous remettre à leur prouver le contraire?

VICTOR PARANT, père.

BIBLIOGRAPHIE

Les psychoses puerpérales traitées à l'Asile de Bel-Air de 1901 à 1908 (Genève). Directeur, professeur D^r R. Weber; par le D^r E. Lévy. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 11, 20 novembre 1908.

Les psychoses puerpérales sont actuellement groupées par les auteurs en psychoses de la grossesse, du puerpérium et de la lactation. Elles ne sont qu'un groupe étiologique que l'on peut faire rentrer dans les classifications usuelles, au point de vue de la symptomatologie et du pronostic.

L'étude porte :

1° Sur la fréquence des psychoses puerpérales dans les maternités;

2° Sur la même fréquence dans les asiles;

3° Sur la fréquence relative dans la grossesse, le puerpérium et la lactation;

4° Sur la fréquence relative des diverses formes de psychoses.

I. *Statistique.* — 1° Dans les maternités, la statistique y est difficile par le fait du court séjour de la femme. L'auteur, d'après ses recherches, trouve que les psychoses sont peu fréquentes; à Genève, en particulier, elles sont rares;

2° Il y a, suivant les asiles indiqués par l'auteur, d'assez fortes différences, « la cause viendrait de la difficulté de bien taxer les cas : supposons, par exemple, qu'une femme présentant certaines anomalies mentales devienne enceinte, qu'avec la grossesse se développe chez elle une démence précoce, faut-il ranger celle-ci dans les psychoses puerpérales? De pareils faits ne sont pas rares ».

3° L'auteur a trouvé chez :

	Grossesse	Puerpérium	Lactation
Herzer.	21 p. 100.	47 p. 100.	32 p. 100.
Aschaffenburg . .	23 —	57 —	20 —
Binswanger. . . .	3-4 —	86 —	10
Kraepelin.	20 —	50 —	30
Bel-Air	32 —	47 —	21

Les chiffres que donne Binswanger s'écartent passablement des auteurs sans que la cause soit indiquée.

4° En comparant les statistiques, il saute aux yeux que les plus récentes comprennent beaucoup de démences précoces; il semble très probable que ce diagnostic soit posé trop facilement. Les principales formes sont les suivantes : démence précoce, folie maniaque-dépressive, hystérie, amentia, psychose alcoolique, épilepsie, neurasthénie, paralysie générale, éclampsie, chorée, imbecillité.

II. *Observations faites à l'Asile de Bel-Air.* — 1° *Grossesse.* — Le petit nombre des psychoses de la grossesse qu'indiquent les tableaux dressés par l'auteur, et la statistique de l'Asile de Bel-Air excluent presque à eux seuls l'hypothèse d'une influence importante de cet acte physiologique sur la production des maladies mentales.

Des 8 cas rapportés par l'auteur, 6 ont une étiologie fort complexe; il serait exagéré de vouloir attribuer à la grossesse un rôle prépondérant ou même seulement important dans la détermination de leur affection mentale.

Après avoir passé en revue l'âge, l'hérédité, la constitution, l'époque du début de la maladie mentale, l'influence de l'accouchement, l'auteur conclut :

1° La grossesse normale à elle seule ne produit pas la psychose;

2° Elle peut activer, *peut-être*, l'éclosion de maladie mentale chez les prédisposées ou provoquer des récidives dans les formes périodiques;

3° Toutes les fois qu'une grossesse se complique de psychose, il y a lieu d'examiner de près les conditions spéciales dans lesquelles cette gravidité s'est produite. Nous n'entendons pas ici parler de complications corporelles; c'est sur les conditions psychiques que nous voulons attirer l'attention. Nous pensons à la grossesse survenant chez des filles, des veuves, chez des personnes vivant en mauvaise intelligence avec leur mari, chez des anormales au point de vue sexuel, des miséreuses, etc.

Nous exprimons l'opinion que *c'est avant tout grâce à ces conditions psychiques défavorables que la grossesse peut conduire à une psychose.*

Notre statistique, ajoute l'auteur, porte évidemment sur un beaucoup trop petit nombre de cas pour être vraiment concluante; néanmoins, nous éprouvons une certaine satisfaction à être arrivé à ce résultat : il nous a toujours paru difficile

d'admettre que la nature prît plaisir à auto-intoxiquer celles qu'elle appelle à reproduire l'espèce.

2° *Période puerpérale*. — Huit cas ont été observés; l'auteur en écarte d'emblée 3 où le puerpérium ne paraît être qu'une coïncidence fortuite. Des 5 malades qui resteraient à examiner, 2 ont une étiologie psychique, et ne doivent que peu ou rien au mécanisme et au chimisme de la période puerpérale. Deux autres cas ont une étiologie mêlée : constitution psychique anormale, hérédité, succession rapide des grossesses, faiblesse corporelle. Enfin, 1 cas relèverait autant de psychose post-opératoire que de psychose puerpérale.

D'après cette petite statistique, il résulterait que :

1° L'accouchement normal chez une *personne saine* ne produit pas de troubles mentaux ;

2° Les accouchements compliqués peuvent, par le moyen de l'inanition, produire des périodes de délire ;

3° Plus qu'on ne le fait généralement, il faut dans ce domaine, comme dans le précédent, tenir compte des *facteurs étiologiques psychiques* ;

4° L'accouchement peut probablement (comme la grossesse) activer l'éclosion de maladies mentales chez les prédisposées, ou les récidives dans les formes périodiques.

3° *Lactation*. — La lactation ne doit jouer qu'un rôle minime dans l'étiologie des maladies mentales.

Trois observations de malades sont présentées, et pour les trois, l'auteur se demande si la lactation a joué un rôle quelconque.

Dans le premier cas, le délire aurait été causé par un processus infectieux ou des altérations très graves ; le début insidieux du second cas, — dont l'hérédité est très chargée — ne représentait, en somme, qu'une exacerbation de la nature habituelle de la malade ; c'est la constitution pathologique qui prime tout. Le troisième cas est plus embarrassant, le début des troubles mentaux est difficile à fixer ; il semble, néanmoins, que la psychose a pris un caractère plus marqué après la période puerpérale. Cette maladie devrait être classée dans les psychoses de la lactation, mais la malade n'a pas nourri son enfant.

La question suivante se pose naturellement : Est-il logique de considérer comme psychose de la lactation toutes celles qui surviennent pendant les six mois qui suivent l'accouchement chez des femmes qui se livrent à un acte physiologique ? Ne

serait-il pas tout aussi sensé de faire le contraire et de voir un rapport entre une psychose et le fait qu'une femme n'allait pas son enfant? Parler de psychose de la lactation serait donc dire que les femmes qui ont le bon sens de nourrir elles-mêmes s'exposent plus que les autres à des dérangements mentaux. Nous ne pourrions pas nous décider à le croire, et l'observation des cas confirme cette opinion.

Comme conclusions générales, nous pouvons dire une fois de plus qu'un acte physiologique, comme celui de la génération, n'engendrera aucune psychose. L'hérédité psychopathique ou une complication (hémorragie, inanition) peuvent produire des troubles mentaux; l'auto-intoxication nous semble une formule de pis-aller.

D^r Ed. BOREL (Perreux-Neuchâtel).

Concetto e limiti della demenza precoce (Conception et limites de la démence précoce); par le D^r Giuseppe Muggia. Broch. in-8°. Extrait de *Il Morgagni*, n° 6, 1907.

La conception clinique de la démence précoce, telle qu'elle a été exposée par Kraepelin, accueillie chaudement en France, en Belgique et aux Etats-Unis d'Amérique, n'a été acceptée en Italie qu'avec une visible défiance, quand elle n'a pas été attaquée et niée. Cependant, l'auteur estime que de l'œuvre considérable de Kraepelin on peut adopter les lignes essentielles qui s'appuient sur une très vaste et très profonde connaissance de phénomènes qui avaient échappé à l'observation des autres travailleurs. Mais l'étude clinique des nombreuses observations qui sont consignées dans le mémoire permet de penser que le travail d'analyse qui doit être la conséquence de la géniale tentative de Kraepelin obligera les travailleurs à revenir sur certaines interprétations exagérées. Si l'uniformité des symptômes, de la marche et de la terminaison donne à la démence précoce tous les caractères d'une entité clinique, le champ de la pathogénie est encore inexploré, car la théorie de l'auto-intoxication est loin d'être prouvée. Mais l'unité de la démence précoce ne va pas au delà des formes hébéphrénique et catatonique, et il vaudrait mieux substituer au terme contesté de démence précoce celui d'hébéphréno-catatonie. C'est alors à la forme paranoïde qu'on réserverait le nom de démence.

LUCIEN LAGRIFFE.

L'inibizione motrice studiata sperimentalmente negli ammalati di mente (L'inhibition motrice étudiée expérimentalement chez les malades mentaux); par le D^r Ettore Patini, 257 p. in-8°. Naples, 1907.

C'est parce que l'opposition de deux ou de plusieurs forces, opposition en laquelle réside l'essence du phénomène inhibiteur, peut se manifester de plusieurs façons, que l'inhibition a donné lieu à tant d'interprétations. La difficulté réside surtout dans la détermination d'un rapport qui embrasse tous les faits observés. Ce serait une erreur de soutenir que l'inhibition est l'expression d'un phénomène organique extérieur. Ce qu'il y a d'absolument apparent dans un acte inhibiteur, c'est la suppression, la diminution ou le retard d'une activité; mais il y a derrière cela une autre chose qui doit permettre, par exemple, de distinguer l'inhibition de la vulgaire paralysie. Ce quelque chose est un rapport de modalité qui est à l'arrière-plan du phénomène et dont la conception et l'explication sont délicates : de là vient que les théories de l'inhibition sont si nombreuses. L'auteur veut s'efforcer, dans le présent travail, de rechercher par l'expérimentation et de formuler une conception générale de l'inhibition.

On peut diviser les faits d'inhibition en somatiques, psychiques et psycho-somatiques; aux premiers, appartiennent presque toutes les expériences accomplies en physiologie sur ce thème. L'inhibition psychique est caractérisée par le contraste de choses contenues dans la conscience; quant à l'inhibition psycho-somatique, elle consiste dans l'arrêt que peut exercer un état mental sur un état somatique ou réciproquement. Pour se former une opinion, l'auteur s'est proposé de rechercher les conditions de l'inhibition psycho-somatique que seule il est possible de mesurer. Il a employé pour ce faire un dispositif fort ingénieux, malgré que compliqué, et dont la description dépasserait les limites assignées à cet article; ses expériences ont porté sur 80 sujets, dont 12 normaux et 68 aliénés. La comparaison de ces deux ordres de faits montre que l'inhibition exercée par le cerveau sur le temps de l'excitabilité musculaire a eu tendance à dépasser celle exercée chez les sujets normaux dans un cas de démence paralytique avec attaques apoplectiformes antérieures. L'inhibition s'est montrée déficiente dans les autres cas, et cette déficience s'est montrée toujours plus

marquée en suivant l'ordre progressif ci-joint : démence sénile, démence avec chorée de Huntington, démence paralytique sans complications, hémiplegie traumatique avec épilepsie et criminalité, démence aphasique. Chez les aliénés, en général, la contraction musculaire, la fatigue, la cessation de la contraction, déterminent un état des temps analogue à celui qu'on observe chez les individus sains, quoique un peu plus accentué. Par la contraction musculaire, il dénote plutôt l'hypertonie de l'inhibition cérébrale ; par la fatigue et par la cessation de la contraction musculaire, il dénote plutôt une grande instabilité de l'innervation inhibitrice.

Après une revue générale de l'inhibition cérébrale somatique dans le domaine pathologique, l'auteur étudie, d'après quatre observations personnelles, l'inhibition psychique dans le domaine de la pathologie, et il conclut que toutes les dyscénésies d'origine psychique peuvent se résoudre dans le défaut ou l'excès de ce contraste d'idées qui constitue l'inhibition dans le domaine de l'esprit. Arrivant ensuite à l'inhibition dans le domaine de la vie sociale, et étudiant principalement le phénomène criminalité, que l'on regarde comme dû à un défaut d'inhibition, l'auteur estime qu'il ne s'agit là que d'un défaut d'inhibition purement psychique ; de là à la conception d'une psychothérapie se proposant pour but principal l'éducation du pouvoir inhibiteur, il n'y a qu'un pas.

D'un examen détaillé de toutes les théories proposées jusqu'à ce jour pour expliquer le mécanisme des phénomènes d'inhibition, l'auteur en vient à cette conclusion, qu'il faut voir dans l'inhibition, dans certains cas, un contraste de forces avec élimination totale ou partielle de leurs effets, et dans d'autres une déficience de l'activité en un point du système nerveux, déficience due à l'hyperactivité d'un autre point, et qu'en somme, à un point de vue plus général, l'inhibition consiste dans le conflit de deux activités, dont l'une sert de frein à l'autre et parvient à diminuer ou à supprimer ses manifestations.

LUCIEN LAGRIFFE.

Beiträge zur Lehre von der Meningitis tuberculosa (Contributions à l'étude de la méningite tuberculeuse); par le Dr Otto Ranke. Broch. in-8°. Extrait des *Histologische und histopathologische Arbeiten*, du professeur Nissl, Bd. II, Iena, G. Fischer, 1908.

On a beaucoup travaillé, surtout en France, la question de la méningite tuberculeuse au point de vue histologique. Il semble bien, d'après la lecture de la partie historique et critique du présent travail, que la clarté n'est pas encore faite, car les résultats expérimentaux obtenus par Armand-Delille ne concordent pas très bien avec les résultats des observations chez l'homme. Cela tient aussi à ce que le concept d'« inflammation » du cerveau n'est pas encore très précis. M. Otto Ranke a pu examiner trois cas de méningite tuberculeuse. La lésion est avant tout pie-mérienne; par places, le tissu de l'écorce est atteint, mais ce n'est pas de l'« encéphalite » (1); il vaudrait mieux employer le terme d'« encéphalopathie tuberculeuse » ou mieux d'« encéphalopathie méningitique ». Cependant c'est à de nouvelles expériences, par les procédés d'Armand-Delille, qu'il appartiendra de décider si cette dénomination est exacte, car elle impliquerait que ces lésions de l'écorce sont la conséquence de la méningite ou des bacilles et de leurs poisons. M. Otto Ranke résume ainsi qu'il suit ses conclusions :

« 1° Dans aucun de nos trois cas de méningite tuberculeuse, il ne s'est développé de tubercule au sens classique du mot ;

« 2° Dans la méningite tuberculeuse (comme aussi dans d'autres méningites aiguës), on rencontre de nombreux « macrophages », analogues aux « Gitterzellen » typiques du système nerveux central par leur fonction biologique, mais différentes morphologiquement (dans leurs formes caractéristiques) ;

« 3° La participation des parois vasculaires de la pie-mère au processus, sous la forme d'une infiltration diffuse, est évidente dans nos cas (artérite tuberculeuse des auteurs?) ;

« 4° Outre cette infiltration diffuse, on a constaté des îlots d'infiltration séparés dans beaucoup de parois artérielles,

(1) L'auteur a eu l'occasion d'examiner des préparations de vraie encéphalite et la différence est considérable.

caractérisés par la nécrose des éléments infiltrés et paraissant, dans les vaisseaux de la couche la plus superficielle de l'écorce, amener des hémorragies ;

« 5° Le processus inflammatoire méningitique ne paraît dans nos cas n'avoir aucune tendance à se propager au tissu cérébral ; au niveau des points où l'infiltration de la méninge est très intense, soit d'une façon diffuse, soit sous forme circonscrite en petits amas, la lésion nerveuse est limitée à la couche la plus superficielle ;

« 6° On trouve aussi dans les couches profondes de l'écorce des points isolés où le tissu ectodermique est altéré sans participation des vaisseaux ; on ne peut encore savoir si cela est en rapport avec la méningite ;

« 7° Il faut séparer rigoureusement de ces formes de méningite tuberculeuse les autres formes où histologiquement il y a « encéphalite » diffuse et dont il a été cité deux observations chez des enfants. »

PH. CHASLIN.

Ueber Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis (Sur les altérations du cerveau dans la syphilis congénitale) ; par le D^r Otto Ranke, broch. in-8°, Extrait de la *Zeitschrift f. d. Erforschung und Behandlung der jugendlichen Schwachsinnns*, 2^{ter} Bd. 2^{ter} H. 1908.

Les travaux, tant en France qu'en Allemagne, sur les lésions cérébrales en rapport avec la présence constatée du spirochète pâle au niveau des lésions, ne sont pas nombreux. La contribution de M. Otto Ranke n'en est donc que plus importante. Sans entrer dans le détail des descriptions histologiques qu'il faut lire, j'indiquerai seulement quelques résultats de ces recherches. Par exemple, ce fait que dans la pie-mère et dans la substance blanche profonde (autour des vaisseaux) la présence de certains éléments n'est autre chose que la preuve d'un arrêt de développement et non un effet proprement pathologique du spirochète. M. Ranke suit l'invasion du parasite et les désordres qu'il apporte avec lui dans les tissus ; mais il y a d'autres désordres qui ne paraissent pas en rapport direct avec sa présence : telles sont les néoformations si étendues dans les capillaires qui amènent des hémorragies et qui sèment à certains endroits des éléments particuliers dans la substance blanche. Un autre fait d'une plus grande portée est l'absence

du spirochète dans le cerveau dans trois cas. On doit se demander s'il ne s'agit pas ici d'une lésion parasymphilitique (*metasyphilitisch*) comme celle que l'on invoque depuis si longtemps pour l'adulte, pour expliquer certaines affections. Enfin, Spielmayer avait cru remarquer une grande ressemblance entre les lésions de la maladie du sommeil et celle de la paralysie générale. Otto Ranke s'élève contre cette opinion, sa première et principale objection étant que le trypanosome est présent dans le cerveau, tandis que le spirochète est absent du cerveau du paralytique.

PH. CHASLIN.

Dannemora State Hospital for insane convicts. Eighth annual report of the medical superintendent, for the year ending september 30, 1907 (L'hôpital d'État Dannemora pour aliénés criminels. Huitième rapport annuel du médecin en chef pour l'année finissant le 30 septembre 1907). Broch. in-8°. S. l. n. d.

L'hôpital Dannemora, asile des aliénés venus des prisons de l'État de New-York, a reçu en 1907 63 malades, ce qui a porté sa population moyenne par jour à 302,91 au lieu de 270,72 l'année précédente. L'hôpital est maintenant surpeuplé, à ce point qu'on doit faire une sélection parmi les aliénés des prisons.

Les cas les plus fréquents sont les délires paranoïdes, l'imbécillité avec aliénation et la démence précoce ; ils guérissent rarement. Des Italiens, condamnés pour violences, arrivent souvent dans un état de délabrement physique avec dépression ; ce sont eux dont le pronostic est le plus favorable.

Les sorties se répartissent en 12 aliénés guéris, 8 améliorés, 1 non guéri et 9 décédés. Quatre malades guéris allèrent continuer leur peine ; 8 l'ayant terminé furent relâchés. La proportion des guérisons est de 3,44 p. 100 sur le nombre total et de 19,04 sur les admissions de l'année.

Parmi les détails statistiques nous relevons que l'entretien des aliénés a coûté 69.923,57 dollars, soit 442 dollars par semaine et par homme. Le recrutement de bons employés est difficile et le directeur propose pour y remédier une augmentation de leurs gages.

L'auteur examine également l'aménagement de l'asile et expose ses desiderata.

VICTOR PARANT, fils

Il movimento degli alienati in Italia nell' anno 1907 (Le mouvement des aliénés en Italie pendant l'année 1907); par le Dr d'Ormea. Broch. in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

Au cours de l'année 1907, les asiles d'Italie ont reçu environ 19.000 malades, les deux tiers entrant pour la première fois; sur les 19.000 malades, 12.000 appartenaient à l'Italie du Nord, 3.000 à l'Italie centrale, plus de 2.000 à l'Italie méridionale et 1.200 à l'Italie insulaire. L'auteur remarque à ce propos que les admissions sont plus nombreuses dans les régions où la vie sociale est plus activement développée et où la technique manicomiale a fait les plus rapides et les meilleurs progrès.

Les sorties ont porté sur 10.685 individus sur lesquels 10.000 sont sortis pour cause de guérison, d'amélioration ou en vertu de l'article 68 du règlement des aliénés, 57 sont sortis par évasion et les autres ont été reconnus non aliénés. Le nombre des sorties a été particulièrement restreint eu égard à la population totale dans l'Italie méridionale; ceci est principalement dû au système des succursales d'asile qui se transforment peu à peu en dépôts permanents de chroniques où les malades finissent par être à peu près abandonnés par leur famille, sont moins bien observés, moins bien soignés et se prêtent mal; par conséquent, aux sorties occasionnelles.

L'auteur s'élève contre les difficultés que les familles et l'administration mettent à la sortie des malades, non encore guéris, et qui cependant pourraient sans danger vivre et se soigner chez eux; il pense qu'il y aurait intérêt à modifier ou du moins à tempérer l'article 65 du règlement qui laisse trop de latitude à ceux qui ont intérêt à s'opposer à l'exeat des aliénés améliorés.

La mortalité atteint le chiffre de 5.353, soit le 8,5 p. 100 de la population totale. Cette mortalité est plus élevée dans l'Italie du Nord et dans l'Italie centrale, parce que dans ces régions sont plus nombreux les cas d'hospitalisation des formes aiguës et d'épuisement, que ces régions renferment de grands centres industriels et commerciaux (facteurs d'épuisement physique et psychique), que l'alcoolisme et la pellagre y sont plus fréquents, que l'internement des aliénés y est plus facile et plus intense.

En terminant, l'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à

favoriser la colonisation familiale déjà assez développée dans l'Italie centrale et particulièrement en Toscane. Il y a là toute une éducation à faire ou du moins à poursuivre, et une loi à réformer ou à modifier.

LUCIEN LAGRIFFE.

I testi mentali nella pratica psichiatrica e medico-forense (Les tests mentaux dans la pratique psychiatrique et médico-judiciaire); par le D^r E. Padovani. Broch. in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

L'absence de toute méthode d'examen permettant de déterminer d'une manière exacte la physionomie psychique d'un individu et sa personnalité, a fait que pendant longtemps des doutes et des railleries ont accueilli ceux qui concluaient à l'existence d'une zone indécise séparant la raison de la folie. Mais aujourd'hui, l'alliance étroite des philosophes et des aliénistes a permis de faire reposer les examens psychologiques sur des bases solides et la psychologie est devenue indubitablement une science expérimentale, une science de laboratoire dont les notions diffusées par les Wundt, les Ribot, les Kraepelin, les Binet, les Janet ont diminué et affaibli considérablement les railleries des profanes.

L'auteur s'aidant des travaux précédemment parus et parmi lesquels il est réconfortant de voir que l'école française tient une très large place, expose brièvement un programme de psychologie individuelle permettant de se rendre compte de la la physionomie psychique d'un sujet donné. L'auteur montre d'ailleurs fort à propos que la psychologie expérimentale présente deux tendances qui, loin de s'exclure, se complètent: en effet, la méthode de Kraepelin conduit à des conclusions de psychologie générale, la méthode de Binet, au contraire, à des conclusions de psychologie particulière.

Un index schématique d'examen méthodique des fonctions psychiques par les tests, termine heureusement ce travail qui est un résumé utile à consulter.

LUCIEN LAGRIFFE.

Come si convenga meglio provvedere al ricovero dei pazzi criminali (Du moyen le plus convenable de pourvoir à la garde des aliénés criminels) ; par le D^r G. Muggia. Broch. in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

Lorsqu'en décembre 1902, il présenta devant le Sénat italien son projet de loi sur les asiles et sur les aliénés, le ministre n'hésita pas à affirmer que les fous criminels ne diffèrent en rien des autres aliénés. Au Parlement même, quelques voix s'élevèrent contre une telle assertion. C'est ainsi que le député Bianchi montra qu'il fallait distinguer parmi les criminels absous : les criminels vrais habituels ou nés, et les fous criminels par occasion. Ces protestations n'ont eu aucun écho et l'article 4 du règlement imposa comme conséquence, l'obligation pour les asiles, d'avoir un quartier spécial pour les aliénés criminels et les criminels aliénés, à moins d'une entente entre les provinces pour la construction d'asiles criminels.

L'auteur s'élève contre l'idée d'une section criminelle dans les asiles, parce qu'une telle section exigerait un personnel spécial et renfermerait des malades très différents les uns des autres ; il s'élève aussi contre la création des asiles spéciaux d'abord pour cette même dernière raison, et ensuite parce que la réunion d'un nombre imposant de criminels nés et de fous moraux multiplierait le danger et pourrait faire craindre des conspirations ; de tels asiles seraient en réalité des prisons à la direction desquelles un médecin serait complètement inapte.

Biffi a préconisé l'organisation auprès des prisons judiciaires des centres les plus peuplés, d'une section destinée à recevoir les individus soupçonnés de folie ; c'est là ce que préconise aussi l'auteur de cet article : section d'asile recevant aussi bien les condamnés devenus aliénés que les individus ayant fait l'objet d'un non-lieu pour cause d'irresponsabilité. C'est, en somme, ce que nous pourrions dénommer en France : quartier de prison. L'auteur cite comme type d'un tel quartier, celui de la prison de Bruchsal, en Allemagne. Bien que de ce côté-là notre pays soit bien en retard, je crois que l'auteur aurait pu citer, ne serait-ce que pour mémoire, notre quartier de Gaillon qui est une tentative aujourd'hui ancienne.

LUCIEN LAGRIFFE.

Contributo allo studio della via del linguaggio (Contribution à l'étude de la voie du langage); par le D^r Tancredi Cortesi. Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1907.

Le trajet des fibres qui transmettent aux noyaux des nerfs moteurs craniens l'impulsion coordonnée de la parole, n'est pas encore sûrement connu : leur trajet dans le tractus intrahémisphérique est incertain ; il est presque inconnu dans les pédoncules cérébraux et dans le pont. L'auteur a eu la bonne fortune d'observer cliniquement et anatomiquement deux cas de lésion cérébrale, dont il lui paraît qu'on puisse tirer à cet endroit quelques conclusions intéressantes.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, mort trois semaines après une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie droite avec aphasie motrice. L'autopsie révéla l'existence d'une hémorragie cérébrale gauche dans le territoire de l'artère striée externe, avec inondation ventriculaire et destruction des faisceaux pédiculo-frontaux supérieur, moyen et inférieur.

Dans le deuxième cas, le malade de cinquante et un ans meurt cinq mois après un ictus apoplectique ayant déterminé une hémiplégie droite complète sans troubles de la parole articulée ; à l'autopsie, foyer de ramollissement dans l'insula de Reil.

Chez le premier de ces malades, on observa une dégénération secondaire du faisceau pyramidal, une très évidente dégénération dans le ruban de Reil, alors que chez le second, qui ne présentait aucun trouble du langage articulé, on ne remarqua qu'une dégénération du faisceau pyramidal avec intégrité du ruban de Reil.

On peut donc considérer comme probable que les fibres du langage suivent dans le pédoncule et le pont la voie du ruban de Reil.

LUCIEN LAGRISSE.

Il rivestimento neurocheratinico delle cellule nervose studiato nell'uomo (Le revêtement neurokératinique des cellules nerveuses étudié chez l'homme); par le D^r Eugenio Bravetta. Broch. in-8°. Extrait de la *Gazzetta medica lombarda*, 1907.

On sait qu'en 1882 Golgi a révélé l'existence d'un revêtement spécial d'origine probablement neurokératinique dans les

cellules nerveuses de l'axe cérébro-spinal. Ce revêtement existe non seulement au niveau du corps cellulaire, mais aussi au niveau des prolongements protoplasmiques ; il présente quelquefois un aspect réticulaire.

L'auteur de ce travail est arrivé à mettre ce revêtement en évidence en employant la méthode rapide de Golgi. L'existence de ce revêtement est aujourd'hui indiscutable, seule sa nature neurokératinique est purement hypothétique. La conséquence logique de l'existence de ce revêtement est que contrairement à ce qu'a écrit Apathy, le réseau nerveux péricellulaire est véritablement situé en dehors du corps cellulaire. L'auteur conclut enfin en disant que ce revêtement constitue un isolateur de la cellule nerveuse.

LUCIEN LAGRISSE.

Intorno alla reazione di alcune malati di mente alla prova congiuntivale di Calmette (A propos de la réaction de quelques maladies mentales à l'épreuve conjonctivale de Calmette); par les D^{rs} G. Boschi et G. Franchini. Broch. in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

On sait la très grande fréquence de la tuberculose chez les aliénés, mais il est difficile d'évaluer cette fréquence ; l'on sait, en effet, combien sont nombreux les cas de tuberculose qui passent inaperçus et le peu de rareté des foyers éteints trouvés à l'autopsie. L'ophtalmo-réaction de Calmette, pour laquelle Schröder et Kaufmann ont proposé le terme plus précis de réaction conjonctivale, pourrait être un moyen de diagnostic précoce et précis de la tuberculose. Les auteurs se proposent de rechercher quelle confiance on peut avoir en cette méthode. Leurs recherches ont porté sur 42 déments et démentes précoces, sur 31 malades atteints de folie maniaco-dépressive, sur 2 cas d'amentia, sur 7 cas de syphilis ; 47 fois la réaction a été positive (57,31 p. 100) et souvent chez des individus de complexion robuste et qu'une observation attentive et prolongée autorise les auteurs à considérer comme probablement indemnes de toute tare tuberculeuse. D'autre part, chez un certain nombre d'individus (3) notoirement tuberculeux, la réaction s'est montrée négative ; les auteurs estiment, d'autre part, que l'épreuve de Calmette n'est pas sans dangers. Ils concluent de tout cela que l'ophtalmo-réaction de Calmette n'aide en rien au diagnostic et est une méthode inutile.

LUCIEN LAGRISSE.

Il riflesso dorso-cuboideo del Mendel in patologia mentale (Le réflexe dorso-cuboïdien de Mendel en pathologie mentale); par le D^r P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di salute Fleurent*, 1908.

Le réflexe de Mendel, qui dans l'hémiplégie fonctionnelle peut exceptionnellement se traduire par la flexion plantaire, a, au contraire, lorsqu'il se présente dans les mêmes conditions, une certaine valeur dans l'hémiplégie organique s'il coïncide avec les symptômes ordinaires de cette paralysie. Néanmoins, ce réflexe en flexion plantaire est un signe moins constant que le phénomène de Babinski, et dans les diverses psychoses il n'a pas une valeur spéciale et n'est pas en rapport avec la forme psychopathique.

LUCIEN LAGRIFFE.

La paranoïa secundo gli ultimi studii italiani (La paranoïa suivant les derniers travaux italiens); par le D^r A. Alberti. Broch. in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

Après avoir rappelé les travaux de Finzi, de Levi-Branchini qui ont adopté, en les exagérant parfois, les idées de Kraepelin, ceux de Muggia, d'Agostini qui ont cherché à distraire de la démence précoce la forme catatonique qu'ils rattachent en partie à la paranoïa pure, l'auteur expose les idées de Tambroni, lequel considère que la démence paranoïde et la paranoïa pure n'ont que peu d'affinités. Tambroni considère que ce n'est pas le contenu du délire, mais bien la constitution qui caractérise la paranoïa. Il nomme « constitution paranoïque, un « état anormal de l'esprit dans ses manifestations les plus élevées (association, idéation etc.), état constituant une base « sur laquelle à l'occasion des époques critiques de la vie, ou « d'autres circonstances spéciales, ont coutume de se constituer « de véritables délires qui peuvent être transitoires et fugaces, « ou bien chroniques et systématisés auxquels on donne le « nom de paranoïa... »

Ces idées n'ont pas été adoptées par l'école de Gênes. C'est ainsi que Pastore distingue : la paranoïa, particulièrement constituée par une anomalie constitutionnelle ; la paranoïa tardive systématique avec ses cinq phases décrites par Magnan ; la démence précoce paranoïde ; la paranoïa fantastica, forme inter-

médiaire entre la démence paranoïde et la paranoïa; quant à la paranoïa secondaire, elle ne serait que la forme démentielle d'autres maladies comme la mélancolie et la psychose maniaco-dépressive.

L'auteur conteste l'opportunité de la paranoïa tardive systématique qui, d'après la description de Pastore, se différencie bien de la démence précoce paranoïde; il ne voit pas la nécessité de distinguer une paranoïa fantastica comme intermédiaire entre deux formes (démence précoce paranoïde et paranoïa) si différentes l'une de l'autre; enfin, pour ce qui a trait à la paranoïa secondaire, l'auteur, ne croyant pas à la terminaison démentielle de la mélancolie et de la psychose maniaco-dépressive, avoue n'avoir rien à dire sur elle.

Le mémoire de Pastore étant le dernier publié en Italie, on voit que la question de la paranoïa tend à s'embrouiller de nouveau.

En terminant, l'auteur insiste, et avec raison, car c'est là, croyons-nous, qu'est le nœud de la question et que c'est de ce côté-là que se trouve la véritable solution, sur les travaux faits en France sur le délire d'interprétation sans hallucinations. L'intérêt capital est, en effet, pensons-nous, de savoir si dans une affection donnée il y a ouï ou non des hallucinations?

Après avoir cité les travaux de Sérieux et Capgras, l'auteur constate que les idées italiennes commencent à trouver crédit en France et exprime le vœu qu'après avoir précédé les Français, les Italiens ne soient pas encore une fois obligés de les suivre.

LUCIEN LAGRIFFE.

La curva del lavoro meccanico esterno nei dementi lavoratori
(La courbe du travail mécanique externe chez les déments travailleurs); par le D^r Gaetano Martini. Broch. in 8°.
Extrait de *Ramazzini*, 1908.

L'auteur a recherché si se vérifie chez les déments travailleurs la loi normale de la courbe du travail, établie par Pieraccini et Maffei: période initiale de repos, période moyenne de production maxima, période finale de rendement en décroissance ou de fatigue progressive.

Ces recherches ont porté sur six démentes précoces; elles montrent avec courbes à l'appui, que le dément travailleur a besoin d'une plus longue période de temps que les sujets nor-

maux pour venir à bout de son état d'inertie psychomotrice, mais que la période moyenne de rendement maximum est chez lui beaucoup plus longue, comme si par suite d'une sorte de stéréotypie, il était peu sensible aux effets de la fatigue.

LUCIEN LAGRIFFE.

Le stimate somatiche nella demenza precoce (Les stigmates somatiques dans la démence précoce); par le D^r P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di salute Fleurent*, 1908.

La lumière est loin d'être faite sur toutes les questions qui se rapportent à la démence précoce. C'est ainsi que pour ce qui est de la pathogénie, la discussion est encore ouverte sur le point de savoir si cette affection doit être classée parmi les formes dégénératives ou si elle doit être attribuée simplement à une auto-intoxication d'origine sexuelle?

En présence des opinions divergentes et pour éclairer sa religion, l'auteur a recherché toutes les fois que l'occasion s'en présentait, les anomalies physiques, stigmates de dégénérescence, chez les déments précoces entrés à la maison Fleurent.

Une énumération des stigmates rencontrés serait fastidieuse; leur fréquence est assez variable; nous regrettons seulement que l'auteur les ait mentionnés en gros et nous pensons qu'il aurait été sans doute préférable de les compter chez chaque malade. La dégénérescence physique se mesure, en effet, si toutefois une telle mesure est possible, moins par la qualité que par la quantité des anomalies. L'auteur qui a certainement fait le calcul que nous voudrions connaître, mais qui ne nous en fait pas part, conclut de ses recherches que la démence précoce doit être mise sur le compte d'un processus auto-toxique de nature gastro-entérique, rénale, sexuelle ou du surmenage, et qu'elle se développe chez les individus rendus vulnérables par leur hérédité ou par leurs tares dégénératives.

LUCIEN LAGRIFFE.

Appunti sperimentali sulle condizioni organiche dei dementi precoci (Contributions expérimentales à l'étude des conditions organiques des déments précoces); par le Dr Giuseppe Muggia. Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1907.

Les recherches instituées dans le but de savoir si à l'unité clinique de la forme mentale démence précoce, correspondait un substratum organique caractéristique n'ont donné jusqu'ici que des résultats discordants.

L'auteur du présent travail s'est proposé de rechercher s'il existe un rapport entre l'élévation de la pression sanguine et la rapidité d'élimination du bleu de méthylène par la voie rénale. Ces recherches ont porté sur neuf déments chez lesquels la pression sanguine était mesurée au bras droit à l'aide du sphygmomanomètre de Riva-Rocci.

Cette pression sanguine s'est montrée généralement égale ou supérieure à la normale; le temps d'élimination du bleu a oscillé huit fois entre vingt-cinq et quatre-vingt-huit heures; quant à l'élimination du chromogène elle s'est toujours maintenue dans les environs de la soixante-dix-septième heure; il n'est donc pas possible d'admettre que cette élimination présente dans la démence précoce un ralentissement caractéristique. Quant au parallélisme de l'élévation de la pression sanguine et du temps d'élimination, il n'est pas constant.

LUCIEN LAGRIFFE.

Ricerche sul ritmo respiratorio nei dementi precoci (Recherches sur le rythme respiratoire chez les déments précoces); par le Dr d'Ormea. Broch. in-8°. Extrait de *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

Il est intéressant d'étudier la fonction respiratoire chez les déments précoces, parce que cette fonction est très intimement liée à l'intégrité des centres nerveux, qu'elle se ressent avec une particulière finesse de l'influence, si légère soit-elle, de toute action psychique ou somatique. Les divers groupes musculaires qui participent aux actes respiratoires correspondent à autant de centres spinaux fonctionnellement distincts, mais réunis par un centre coordinateur bulbaire commun dont l'activité rythmique est dominée et peut-être modifiée par les centres respi-

rateurs cérébraux. L'intégrité de la fonction respiratoire est donc conditionnée par l'intégrité de l'axe nerveux. C'est ainsi qu'il peut arriver qu'une lésion des centres coordinateurs fausse la synergie fonctionnelle des divers centres spinaux.

L'auteur expose ici dans une première note, qui constitue comme une introduction à l'étude de la fonction respiratoire chez les déments précoces, le résultat de ses recherches sur le rythme respiratoire.

Ces recherches ont porté sur 24 malades, 12 hommes et 12 femmes, appartenant aux trois types de la démence précoce; elles ont été effectuées dans les meilleures conditions expérimentales à l'aide du pneumographe de Marey, les courbes étant enregistrées sur le cylindre de Baltzar, les temps donnés par le chronographe de Jaquet. Quelques recherches de contrôle ont été en même temps instituées chez des individus normaux.

L'auteur a obtenu des résultats qui montrent que la fréquence de la respiration est chez les déments précoces à peu près ce qu'elle est chez les individus normaux, environ 19 mouvements à la minute; mais l'amplitude de la respiration est chez ces malades notablement augmentée; cette augmentation est surtout très accentuée chez les déments catatoniques, moindre chez les paranoïdes et moindre encore chez les hébéphréniques chez qui elle se rapproche du type normal. Enfin, la forme des mouvements respiratoires est profondément modifiée; nombreuses sont, en effet, les irrégularités de forme qui se rencontrent aussi bien dans les mouvements d'inspiration que dans les mouvements d'expiration, mais surtout dans ces derniers; la respiration périodique est très fréquente et rappelle celle observée chez l'homme sur les hauts sommets.

La plus grande amplitude des mouvements respiratoires permet de se demander si ces malades ne sont pas comme assoiffés d'oxygène; si l'on considère que chez les déments précoces se rencontre souvent le phénomène de l'asphyxie des extrémités, il n'est peut-être pas téméraire de penser qu'il peut exister entre ces deux ordres de faits un rapport que des recherches ultérieures pourront peut-être préciser. Travail illustré de huit tracés.

LUCIEN LAGRIFFE.

Frammenti di estetica pittorica (Fragments d'esthétique picturale) ; par le D^r Antonini. Broch. in-8°. Extrait des *Ricerche e studi di psichiatria, neurologia, antropologia e filosofia*, dédiées au P^r Enrico Morselli pour le 25^e anniversaire de son enseignement. Milan, 1906.

Observer le vrai, chercher à l'aide des couleurs que la palette met à notre disposition à reproduire une image capable ensuite de redonner la sensation déterminée par le vrai lui-même, de manière que cette image s'identifie et se superpose à l'image mnémonique, à la représentation de la sensation réelle, c'est faire non pas toujours une véritable œuvre d'art, mais du moins un bon travail artistique.

Sans vouloir discuter du vérisme ou de l'idéalisme dans l'art, qu'il suffise d'affirmer que, à part le choix du sujet et le choix des moyens destinés à obtenir ce que Taine nomme la convergence des effets, la condition essentielle de la peinture est la reproduction d'un objet sensible de la réalité.

Maintenant les moyens d'arriver à une identification des deux images : l'une réelle, l'autre artificielle, varient avec l'âge, le sexe, les différentes classes sociales, le temps, la race. Ce qui produisait l'extase chez un moine du xiv^e siècle, passerait inaperçu pour un religieux de nos jours. Et même alors que dans un temps donné tous les peintres disposent des mêmes procédés de chromatique, la façon dont chacun d'eux est capable de traduire une image reste essentiellement personnelle. Il y a là un élément individuel de culture, de savoir, de technique, d'émotion, de tempérament. Si maintenant nous comparons un paysagiste moderne, si médiocre soit-il, avec un Salvator Rosa, un Massimo d'Azeglio, nous trouverons chez le premier un certain nombre de qualités de reproduction qui pourront faire de lui dans une telle comparaison comme un petit génie. Est-ce parce que Salvator Rosa, Massimo d'Azeglio voyaient différemment ? Est-ce ce que les trécentistes, les Byzantins ont reproduit fidèlement ce qu'ils voyaient ? Voyaient-ils vraiment des visages allongés, des thorax déformés, des pieds en extension ? Assurément non, mais il persistait chez eux comme une sorte d'impuissance qui ne leur permettait pas de franchir les limites enserrant les signes conventionnels qui étaient de mise à leur époque.

Plus tard une élévation progressive de la culture, non seule-

ment chez les artistes mais encore dans le public, une amélioration dans les moyens d'investigation, de transmission et de reproduction, ont permis aux artistes d'imprimer à leurs œuvres les caractères d'une réalisation plus parfaite.

Il y a longtemps déjà que Léonard de Vinci a montré la nécessité pour dessiner correctement de connaissances anatomiques. Aujourd'hui même, la divulgation des instantanés n'a-t-elle pas convaincu tout le monde que les chevaux des bas-reliefs et des fresques grecs et romains galopaient mal?

On voit donc que les moyens de traduire le vrai se perfectionnent chaque jour et non seulement aussi l'artiste qui produit et qui crée subit l'action lente, invisible et inconsciente de l'évolution de la culture, mais encore au même degré la subit le public qui voit et qui observe.

Ce n'est donc pas uniquement à leur mérite personnel que les peintres d'aujourd'hui doivent leurs avantages sur les peintres d'autrefois. Ils font mieux, parce qu'eux-mêmes ont vu mieux faire, parce qu'ils ont une éducation technique meilleure, parce que des innovateurs leur ont ouvert de nouvelles voies. Et encore l'innovateur est-il moins celui qui voit différemment que ses contemporains que celui qui sait et qui veut affronter le misonéisme de l'académisme officiel, qui a le courage et la volonté de mettre en acte ce qui est en puissance. Son œuvre ensuite, plus que sa parole, sert d'enseignement et ce qu'il y a eu d'original en lui se fond bientôt dans le patrimoine commun.

LUCIEN LAGRIFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MAGALHAES LEMOS. Note sur l'assistance des aliénés en Portugal. Communication au III^e Congrès international de l'assistance des aliénés. Vienne, 7-11 octobre 1908. 12 pages in-8°. Porto, 1908.

JUL. MOREL. Les Sociétés de patronage des asiles d'aliénés. Ce qu'elles sont; ce qu'elles devraient être? 79 pages in-8°. Extraits des *Comptes rendus du II^e Congrès international de l'assistance des aliénés*. Bologne. 1907.

— Le traitement des aliénés et des dégénérés délinquants. Le service de médecine mentale dans les prisons, les dépôts de

mendicité et de vagabondage et les écoles de réforme. 15 pages in-8°. S. l. n. d.

A. CULLERRE. Coup d'œil médico-psychologique sur le monde de la Cour au temps de Louis XIV. 25 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, octobre 1908.

L. MARCHAND. Manuel de médecine mentale à l'usage des praticiens et des étudiants. Avec une préface du Dr Toulouse. 1 vol. in-18, cartonné toile, de 625 p. Paris, O. Doin, 1908.

Report from the pathological department central Indiana hospital for insane (1903-1906). 1 vol. in-8°, cartonné, de 392 pages. Indianapolis, 1908.

WALTER CHANNING et CLARK WISSLER. The hard palate in normal and feeble-minded individuals. 62 pages in-8°, avec planches. Extrait des *Anthropological papers of the American museum of natural history*, août 1908.

CHASLIN et PORTOCALIS. Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure. 15 pages in-8°. Extrait du *Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-août 1908.

OTTO VERAGUTH. Das psychogalvanische Reflexphänomen. 187 pages in-8°, avec 44 figures. Berlin, S. Karger, 1909.

TOBY CAHN. Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. Nach eigenen Untersuchungen an der Leiche und am Lebenden. II THEIL; Untere Extremität. 258 pages in-8°, avec 39 figures. Berlin, S. Karger, 1908.

C. BACHEM. Unsere Schlafmittel mit besonderer Berücksichtigung der neueren. 88 pages in-8°. Berlin, August Hirschwald, 1909.

CLARENCE B. FARRAR. The autopathography of C. W. Beers. 14 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*. Juillet 1908.

— The embryonic pia. 5 pages in-8°, avec 4 planches. Extrait de l'*American Journal of Insanity*. Janvier 1907.

— Clinical demonstration. IV. Melancholia vera; V. Arteriosclerosis cerebialis. 2 broch. in-8°, 14 et 17 pages in-8°. Extraits de l'*American Journal of Insanity*. Avril et juillet 1907.

— Trend of current psychiatry. 7 pages in-8°. Extrait du *Maryland medical Journal*. Septembre 1908.

P. DE ANGELIS. Il riflesso dorso-cerboideo del Mendel in patologia mentale. 7 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*. Naples, 1908.

V. BOURDIN. Asile d'aliénés de la Sarthe. Rapport médical pour l'année 1907. 56 pages in-8°. Le Mans, Imprimerie Drouin, 1908.

GASTON DANVILLE. Magnétisme et spiritisme. 80 pages in-12 de la Collection : *Les hommes et les idées*. Paris, Société du Mercure de France, 1908.

G. ANTONINI. Alienati e manicomi del Friuli nel 1908. Notizie e propositi. 70 pages in-4°. Udine, 1908.

PAUL MASOIN. Note sur un cas d'« émulsion-albuminurie ». 6 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, séance du 27 mai 1907.

— Observation d'un cas de myxoedème. Guérison. 6 pages in-8°. Extrait du *Bulletin du syndicat médical de la province de Namur*, 1908.

PAUL MASOIN et F. D'HOLLANDER. Psychose tabétique. Etude clinique et anatomo-pathologique. 16 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1908.

E. PADOVANI. Remissioni e intermissioni nella demenza paralitica. Nota clinica. 11 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*. Pesaro, 1908.

Jubilé du D^r V. Magnan, 15 mars 1908. 79 pages in-8°, avec 1 planche. Paris, Imprimerie Lahure, 1908.

A. RÉMOND (de Metz). Précis des maladies mentales, 2^e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-18 de 316 pages. Paris, de Rudeval, 1909.

OTTO RANKE. Ueber den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde. 20 pages in-8°. Extrait du *Münchener medizinischen Wochenschrift*, 1908.

Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibliche Gemütskranke bei Riehen. Achter Jahresbericht (1 September 1907 bis 31 August 1908). 94 pages in-8°. Bâle, 1908.

P. LE MAUSOIS DUPREY. Etude médico-sociale sur les questions de responsabilité atténuée. 118 pages in-8°. Thèse de Lyon, 1908.

BIAUTE. Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1907. 26 pages in-8°. Nantes, Imprimerie C. Mellinet, 1908.

HAVELOCK ELLIS. Etudes de psychologie sexuelle. Tome I. La pudeur, la périodicité sexuelle, l'auto-érotisme. Traduit de l'anglais par A. Van Gennep. 1 vol. in-8° de 407 pages. Paris, Société du Mercure de France, 1908.

WAHL. Y a-t-il des criminels-nés? 25 pages in-8°. Extrait de la *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1908.

J. GRASSET. Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. Leçons cliniques recueillies et publiées par le D^r L. Rimbaud, chef de clinique médicale. 124 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1909.

JULIUS DONATH. Hysterische, schlafähnliche (lethargische)

Zustände, 9 pages in-8°. Extrait du *Wiener klinischen Wochenschrift*, 1908.

—BROWN-SÉQUARD'sche. Lähmung traumatischen Ursprungs. 6 pages in-8°. Extrait de la *Pester medicinisch-chirurgische Presse*, 1909.

A. d'ORMEA. Ricerche sulla meccanica respiratoria nei dementi precoci, 17 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1909.

Le Dr Paul Dubuisson. 1847-1908. 87 pages in-8°, avec un portrait. Châteaudun, Imprimerie de la Société typographique. S. d.

CAMILLE FAUCHER. Etude sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. 83 pages in-8°. Paris, Jules Roussel, 1908.

E. SIEMERLING. Ueber nervöse und psychische Störungen der Jugend, 31 pages in-8°. Berlin, August Hirschwald, 1905.

MARIE et LEVADITI. La réaction des anticorps syphilitiques dans la paralysie générale et le tabes. 6 pages in-4°. Extrait du *Psychiatrich-neurologischen Wochenschrift*, 1908.

BÉRILLON. La psychothérapie graphique, son importance dans le traitement des psychonévroses. 8 pages in-8°. Paris, *Revue de l'hypnotisme*, 1908.

W. HILGER. Die Hypnose und die Suggestion. Ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. 194 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1909.

G. MARINESCO. La cellule nerveuse. Préface du professeur Ramon y Cajal. 2 vol. in-18 cartonnés à l'anglaise (xiv + 528 et 628) de l'*Encyclopédie scientifique* du Dr Toulouse. Paris, O. Doin et fils, 1909.

Atti della Società di medicina legale sede in Roma. Anno I, fascicolo I, 297 pages in-8°. Rome, F. Centenari et C^{ie}, 1908.

Proceedings of the American medico-psychological Association at the sixty-third annual meeting held in Washington, D. C., may 7-10, 1907. 1 vol. in-8° de 359 pages. Baltimore, 1907.

EDOARDO BIANCO et FRANCESCO PETRO. Il senso morale nelle intelligenze sovrane. Studio, 67 pages in-8°. Extrait des *Annali di Freniatria e Scienze affini*. Torino, 1908.

J. ROGUES DE FURSAQ. Manuel de Psychiatrie, 3^e édition revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 367 pages. Paris, Félix Alcan, 1909.

P. SÉRIEUX et CAPGRAS. Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation. 1 vol. in-8° de 392 pages. Paris, Félix Alcan, 1909.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 26 avril 1909.

Présidence de M. RITTI,

L'Assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, n° 12.

Se sont fait excuser : MM. Antheaume, Arsimoles, Bus-sard, Chardon, Faucher, Gilson, Lachaux, Rougé, Sizaret.

M. Briand fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, et déclare qu'il les a examinés et reconnus exacts. L'assemblée, adoptant les conclusions de ce rapport, approuve les comptes pour l'année 1908 et vote des remerciements au trésorier.

M. le président donne la parole à M. René Semelaigne pour la lecture du rapport annuel.

« Depuis notre dernière Assemblée générale, l'Association mutuelle des médecins aliénistes a été durement éprouvée. Nous avons perdu cinq membres fondateurs : Carrier, Dubuisson, Mitivié, Moreau (de Tours), Motet, et trois membres sociétaires : Bonne, Joffroy, Louis. Deux d'entre les disparus, Mitivié et Motet, comptaient parmi les ouvriers de la première heure ; ils faisaient, en effet, partie des quelques membres de la Société médico-psychologique qui, émus de la douloureuse situation où se trouvaient parfois réduits certains de leurs confrères, leurs veuves ou leurs enfants, eurent la pensée de constituer une Société de secours mutuels. On était aux premiers jours de 1865 ; les statuts furent bientôt rédigés et, le 24 avril, avait lieu la première assemblée générale de la Société nouvelle, qui reçut d'abord le titre de Caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes. Reconnue l'année suivante comme établissement d'utilité publique, elle prenait le nom qu'elle a conservé d'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Albert-Constant-Honoré Mitivié vint au monde le 8 avril 1834, dans la maison de santé d'Ivry, que dirigeaient alors conjointement son oncle, Esquirol, et son père, Jean-Etienne-Frumence Mitivié. Après avoir fait ses classes au lycée Bourbon, aujourd'hui Condorcet, il entreprit ses études médicales. Le 15 juin 1861, il soutenait sa thèse inaugurale, intitulée : *Quelques mots sur l'hérédité morbide.*

Les traditions de famille, ainsi que ses goûts personnels, semblaient le diriger vers la pratique des maladies mentales. Les circonstances en décidèrent autrement. Passant plusieurs mois de l'année à la campagne, il devint un forestier passionné, et l'un des membres les plus actifs de la Société des Agriculteurs de France dont, à partir de 1892, il présida la section de sylviculture. Il n'en demeura pas moins attaché à ce milieu aliéniste où le retenaient tant de souvenirs. Depuis 1863, il était membre de la Société médico-psychologique et, pendant de longues années, il en suivit assidûment les séances. Pourtant, il se rendait encore de préférence aux réunions où il pouvait être utile et faire le bien. C'est ainsi qu'il se dévoua à notre Association mutuelle. En 1872, il était désigné pour remplacer son père au Conseil d'administration ; le 4 mars 1873, il succédait, comme secrétaire, à Brierre de Boismont et, deux ans plus tard, à la mort de Lunier, il acceptait les fonctions de trésorier, fonctions qu'il remplit avec le plus entier dévouement jusqu'aux derniers jours du mois d'octobre 1907. Il nous déclarait alors que, désormais incapable de mener une vie active, il avait le profond regret de demander qu'on lui désignât un successeur. Tous ses collègues avaient été douloureusement frappés de l'altération de ses traits ; ils ne se crurent pas le droit d'insister pour le faire revenir sur sa décision. Mais, Christian venait de mourir, on avait à lui choisir un successeur comme président de l'Association, et tous les suffrages se portèrent sur Mitivié. Nul n'était plus digne d'un tel honneur. Mais, vaincu par la maladie, il se vit contraint de rester éloigné de nos réunions. Ses forces déclinaient peu à peu et, le 20 juin 1908, il s'éteignit doucement, entouré de la tendre affection des siens.

Vous vous rappelez tous ce beau vieillard, à la longue barbe blanche, au sourire doux et bienveillant. Quand on le voyait pour la première fois, on se sentait attiré vers lui par une vive sympathie ; lorsqu'on le connaissait davantage, ce sentiment instinctif se changeait vite en une sincère affection. C'était l'un de ces hommes vraiment rares chez qui une longue fréquentation fait découvrir des qualités nouvelles, sans un seul défaut. Il n'est point besoin de rappeler ici sa probité scrupuleuse, sa franchise et sa loyauté ; mais je tiens à mettre en relief ses deux

qualités maîtresses, qui furent la bonté et la simplicité. Il s'occupait d'un grand nombre d'œuvres charitables, et jamais personne n'essuya de refus, parmi ceux qui venaient lui demander aide, assistance ou conseil. Mais on l'eût fort étonné en lui adressant des louanges, et à qui lui aurait affirmé qu'il accomplissait une œuvre méritoire, il eût certainement répondu qu'il ne faisait que ce qu'il devait. Ainsi, après une existence consacrée au bien, il sut mourir aussi simplement qu'il avait vécu.

Auguste-Alexandre Motet, dont les obsèques ont été célébrées le 15 mars, était né en 1832, le 7 septembre; il avait donc soixante-seize ans. Il en comptait à peine vingt-quatre lorsqu'il entra, comme interne, dans la maison de santé Belhomme, que dirigeait alors Archambault. Désormais sa voie était trouvée. A la mort d'Archambault, Mesnet le prit comme médecin adjoint, puis comme associé. A partir du mois de janvier 1898, il resta seul à la tête de l'établissement. Il y demeura jusqu'à l'année dernière. Se sentant dès lors trop faible pour continuer sa tâche, il eut la sagesse de se retirer, tranquille sur la destinée de sa chère maison, qu'il savait laisser en des mains sûres et capables.

Les questions de médecine légale l'avaient toujours vivement intéressé, et il parvint à se créer une autorité spéciale parmi les experts les plus écoutés, près le Tribunal civil de la Seine. Les honneurs lui vinrent avec la renommée. Membre de l'Académie de médecine, il fut appelé à présider les séances de la Société médico-psychologique, de la Société de médecine légale, du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

L'un des premiers fondateurs de notre Association mutuelle, il devint membre du Conseil en 1897. Ses nombreuses occupations l'empêchèrent d'assister à nos séances avec autant d'assiduité qu'il l'eût désiré; mais, dans les circonstances difficiles, on pouvait toujours compter sur son appui. C'était une nature fine, affable et bienveillante, et le souvenir de cet homme excellent se conservera vivace parmi tous ceux qui l'ont connu.

Albert Carrier appartenait à une famille d'aliénistes; sa voie semblait donc toute tracée. Néanmoins, il travailla d'une façon sérieuse et assidue, ce dont on ne saurait trop le louer; tel n'est pas, en effet, le cas de tous les jeunes gens quand ils savent, qu'une fois le diplôme en poche, une situation toute faite les attend. Mais, Albert Carrier se rendait compte que les situations ne valent que ce que vaut l'homme, et qu'un établissement prospère peut vite décliner. Ses études médicales, commencées à Lyon, se terminèrent à Paris. Il retourna alors dans sa ville natale, s'y fit recevoir médecin des hôpitaux en 1872, et, la même année, succéda à son père dans la direction de sa

maison de santé. Pendant plusieurs années il fit des cours très suivis des maladies mentales à la Faculté de médecine. Nommé en 1882 médecin de l'Antiquaille, il y fut chargé d'un service d'épileptiques et de nerveux. Le 12 novembre dernier, il mourait, âgé de soixante-sept ans, laissant à ses deux fils la direction de sa maison de santé. Albert Carrier faisait partie de notre Association depuis l'année 1878.

Paul-Emile Dubuisson était né le 27 octobre 1847, à Rouen. Ses études classiques terminées, il vint à Paris où il se fit recevoir licencié en droit et docteur en médecine. Nommé, en 1885, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, il y devenait médecin en chef quelques années après. Professeur libre de médecine légale à la Faculté de droit, il fut agréé comme expert près le Tribunal civil de la Seine.

Le 12 septembre 1908, se trouvant en villégiature aux Andelys, il mourait subitement. Paul Dubuisson appartenait à notre Association depuis 1886.

Sylvain-Antoine-Paul Moreau (de Tours) était né en 1844. Comme Mitivié, il vint au monde dans la maison de santé d'Ivry, dont leurs pères, à la mort d'Esquirol, avaient pris la direction, conjointement avec Baillarger. Elève au lycée Condorcet, alors lycée Bonaparte, puis étudiant en médecine, il passa sa thèse en 1875.

Son père, Jacques Moreau (de Tours) dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne à la Salpêtrière, il y a de cela, hélas, bien des années, me disait parfois, en riant, que j'étais un enfant de la balle. Il en était de même de Paul Moreau, et il se trouvait destiné, de par sa naissance, à suivre la carrière des maladies mentales. Pendant plusieurs années, il se livra presque exclusivement à des travaux scientifiques, et publia de nombreuses et intéressantes brochures. En 1895, Luys s'étant retiré, il prit la direction de la maison de santé d'Ivry. C'est dans cette maison, où il avait vu le jour et où il vivait, entouré des traditions familiales, qu'il mourut subitement le 29 décembre 1908.

Estimé de tous ses collègues, il avait été appelé, en 1895, à la présidence de la Société médico-psychologique.

La même année, il s'inscrivait à notre Association. Sous une apparence qui, au premier abord, semblait réservée, Paul Moreau de Tours avait un cœur franc et loyal, et une extrême bonté.

Léon Louis était né à Chessy-les-Mines, dans le département du Rhône, le 3 janvier 1828. Elève à l'hôpital militaire de Strasbourg en 1846, au Val-de-Grâce en 1848, il ne rentra dans la vie civile qu'en 1874. Cherchant alors une orientation nouvelle, et vivement attiré par l'étude des maladies mentales,

il parvint à se faire nommer médecin en chef à l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg-en-Bresse. L'an dernier il prenait sa retraite, et le 9 mai, le jour même où son successeur se chargeait du service, il mourait subitement. Il faisait partie de notre Association mutuelle depuis vingt-quatre ans.

Alix Joffroy était né le 16 décembre 1844, à Stainville, dans le département de la Meuse. Interne des hôpitaux de Paris le 27 décembre 1867, médecin des hôpitaux le 4 août 1879, il était, en 1880, reçu au concours de l'agrégation.

En 1893, il succédait à Benjamin Ball dans la chaire des maladies mentales. Président de la Société médico-psychologique en 1901, il était élu, la même année, membre de l'Académie de médecine pour la section de pathologie médicale. Il fut l'un des fondateurs et le premier président de la Société de Psychiatrie.

Joffroy faisait partie de notre Association mutuelle depuis 1892. C'était un homme affable et bienveillant qui ne comptait, autour de lui, que des amis; aussi sa mort subite, survenue le 24 novembre 1908, a causé parmi nous les plus vifs et les plus sincères regrets.

Charles Bonne, né à Lyon en 1872, fit dans cette ville ses études classiques et médicales. Il passa sa thèse en 1897. Reçu au concours des asiles en 1900, il fut nommé médecin adjoint à Auxerre en 1901, à Toulouse en 1902. C'est là qu'il mourut, le 9 mai 1908, à l'âge de trente-six ans. Charles Bonne faisait partie de notre Association depuis 1906.

L'an dernier, à pareille époque, l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France comprenait :

Membres à vie	1
Membres fondateurs	40
Membres sociétaires	100
Total.	141

Elle compte aujourd'hui :

Membres à vie	2
Membres fondateurs.	39
Membres sociétaires.	139
Total.	180

Malgré les pertes subies, nous avons donc une augmentation de 39 membres. Malheureusement les nouveaux membres sont surtout des sociétaires, et pour le bien de nos finances, il nous faudrait des fondateurs. L'Association comptait 44 membres fondateurs en 1866, 62 en 1872, 80 en 1892; le nombre est

aujourd'hui réduit à 39. Aussi, je profite de l'occasion qui m'est offerte pour faire un pressant appel à ceux d'entre nos collègues à qui leurs moyens le permettent; qu'ils échangent leur titre de sociétaire contre celui du fondateur, des veuves et des orphelins leur en seront reconnaissants.

En 1867, Billod, alors à la tête de l'asile Sainte-Gemmes, proposait à l'assemblée générale que chaque département portât à son budget une certaine somme en faveur de l'Association, et il émit le vœu que chaque directeur d'asile fit d'actives démarches auprès du préfet et du conseil général pour obtenir le vote de ce crédit. Cinq asiles répondirent de suite à cet appel. Billod, du reste, prêchait d'exemple, car il parvint à faire inscrire au budget départemental et voter par le conseil général de Maine-et-Loire une somme annuelle de cinq cents francs destinée à la veuve d'un de ses prédécesseurs.

Les asiles souscripteurs sont actuellement au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public de Sainte-Catherine (Allier) . . .	25 fr.
— de Prémontré (Aisne)	100
— de Saint-Lizier (Ariège)	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône)	50
— de Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
— de Dijon (Côte-d'Or)	100
— d'Evreux (Eure)	100
— de Bonneval (Eure-et-Loir)	50
— de Quimper (Finistère)	100
— de Toulouse (Haute-Garonne)	100
— d'Auch (Gers)	100
— de Bordeaux (Gironde)	100
— de Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
— de Dôle (Jura)	100
— de Blois (Loir-et-Cher)	100
— de Saint-Alban (Lozère)	25
— de Châlons (Marne)	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
— de Maréville (Meurthe-Moselle)	100
— de Lesvellec (Morbihan)	100
— d'Armentières (Nord)	100
— de Bailleul (Nord)	100
— de Clermont (Oise)	100
— de Saint-Robert (Isère)	100
— d'Alençon (Orne)	50
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100

Asile public de Pau (Basses-Pyrénées) . . .	100 fr.
— de Bron (Rhône)	100
— de Bassens (Savoie)	100
— de Quatre-Mares (Seine-Infér ^{re})	100
— de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
— de Dury-lès-Amiens (Somme)	100
— d'Auxerre (Yonne)	100
Asile privé de Sainte-Marie de l'Assomption . . .	50

Il me reste maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1908, jointes à l'encaisse au 31 décembre 1907, se sont élevées à Fr. 24.986 85

Solde au 31 décembre 1907 12.577 12

Cotisations 2.560 »

Frais de recouvrements remboursés 7 55

Subvention ministérielle 1.200 »

Souscriptions d'asiles 3.000 50

Intérêts des capitaux 5.618 20

Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier 23 48

Total égal 24.986 85

Les dépenses ont été de 19.508 45

ainsi décomposées :

Secours à treize veuves de membres de l'Association 7.850 »

A un sociétaire 250 »

A deux veuves d'anciens internes 500 »

Achats d'obligations 10.546 20

Dépenses au Crédit foncier 22 05

Frais d'administration :

Imprimés 26.05

Appariteur 20 »

Envoi de secours 15.50

Frais d'affranchissement du secrétaire en 1907 21.30

Timbres-quittance et frais d'affranchissement du trésorier 57.35 140.20

Total égal 19.508 45

Les recettes ayant été de 24.986 85

et les dépenses de 19.508 45

il restait disponible au 31 décembre 5.478 40

qui ont permis de distribuer les secours de janvier avant les recettes de l'année courante. En outre, conformément aux statuts, les sommes versées pour le rachat de cotisation et pour perpétuer une cotisation ont fait l'objet d'un placement.

Les sommes distribuées jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 290.719 francs.

Le capital, placé conformément aux statuts et augmenté de dons et legs, se décompose ainsi :

3.881 francs de rente, 3 p. 100.

43 obligations du Chemin de fer du Midi.

12 obligations du Chemin de fer Est-Algérien.

16 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. anciennes.

20 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion ancienne.

30 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion nouvelle.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1908 sont les suivantes :

Solde au 31 décembre 1908	5.478 40
Cotisations	2.500 »
Subvention ministérielle	1.200 »
Souscriptions d'asiles	3.050 »
Intérêts des fonds publics.	5.600 »
Total.	<u>17.828 40</u>

sur lesquels on peut, conformément aux statuts, disposer d'environ 15.000 francs. Sur cette somme, le Conseil a alloué, dans sa séance de janvier, 4.500 francs. Il reste donc disponible 10.500 francs. Dès aujourd'hui, votre Conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes, à qui l'Association est venue en aide sur la demande de Baillarger, et qu'elle a continué à secourir jusqu'à ce jour. Il restera une somme de 10.000 francs pour parer aux nécessités du second semestre, aux éventualités qui peuvent se produire, et pour faire face aux secours de janvier prochain.

Vous venez de voir, Messieurs, l'état de nos finances, si bien gérées par notre dévoué trésorier, M. Giraud. Je tiens à ajouter un dernier mot. Le Conseil vous propose, comme tous les ans, de voter un secours à deux veuves d'anciens internes ; mais il est bien entendu que c'est une exception. On dit en droit que l'exception confirme la règle ; or, la règle absolue est que seuls les membres de l'Association et leurs familles peuvent être secourus. « Celui qui ne participe pas aux charges, remarquait Legrand du Saulle, en présentant le premier rapport annuel, ne doit point participer aux secours. S'il en était autrement, la mutualité serait détruite. » Legrand du Saulle

avait pleinement raison, et il est bon que tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, tiennent à rester des isolés, soient bien avertis qu'en aucune circonstance, ni eux ni les leurs, n'auront rien à espérer de notre Association. Celui qui s'est refusé à semer n'a point le droit de récolter. »

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition d'allouer, comme les années précédentes, la somme de 500 francs aux deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés. Cette proposition est adoptée.

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil, conformément à l'article 10 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. Antheaume, Giraud, R. Semelaigne, Vigouroux. MM. Giraud, Semelaigne, Vigouroux sont réélus ; M. Legras est nommé à la place de M. Antheaume. M. Motet, qui devait sortir cette année du Conseil, étant décédé, est remplacé par M. Cullerre.

M. Dericq est élu en remplacement de M. Mitivié, décédé.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Briand, Brunet, Lallemant, Dericq et Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1910.

MM. Arnaud, Dupain, Magnan, Rayneau, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1911.

MM. Cullerre, Giraud, Legras, R. Semelaigne et Vigouroux, dont les pouvoirs expireront en 1912.

La séance est levée à 4 heures.

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 11 des statuts, pour désigner les membres du bureau. Sont nommés :

Président, M. RITTI.

Vice-président, M. CULLERRE.

Trésorier, M. GIRAUD (1).

Secrétaire, M. RENÉ SEMELAIGNE.

(1) M. Giraud, ayant dû donner dernièrement sa démission, pour raison de santé, a été remplacé par M. Dupain.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie.

M. Chaslin.

M. Doutrebente.

Membres fondateurs.

MM.

MM.

MM.

Antheaume.

Dheur.

Meuriot.

Arnaud.

Duhamel.

Nolé.

Ballet (G.).

Dupain.

Parant.

Biaute.

Dupré.

Péon.

Boudrie.

Faucher.

Pétrucci.

Briand.

Gallopain.

Pierret.

Brissaud.

Giraud.

Rayneau.

Brunet.

Girma.

Régis.

Chaussinand.

Homery.

Ritti.

Conso.

Lalanne (Y.).

Semelaigne (René).

Cortyl (Germain).

Lallemant.

Vallon.

Cullerre.

Mabille.

Vigouroux.

Dagonet (Jules).

Magnan.

Voisin (Jules).

Membres sociétaires.

MM.

MM.

MM.

Adam (Aloïse).

Broquère.

Daday.

Anglade.

Brunet.

Damaye.

Archambault (Paul).

Bussard.

Danjean.

Arsimoles.

Capgras.

Delmas.

Aubry.

Castin.

Deswarte.

Audy.

Chardon.

Dericq.

Baruk.

Charon.

Devay.

Bécue.

Charpentier (René).

Dromard.

Bellat.

Charuel.

Dubois.

Belletrud.

Chaumier.

Dubourdieu.

Benon.

Chevalier-Lavaure.

Dubuisson (M.).

Bertoye.

Chocreaux.

Ducos.

Bessière.

Clérambault (de).

Dumaz.

Bonnet.

Colin.

Dupouy.

Boissier.

Corcket.

Fenayrou.

Boiteux.

Cornu.

Garnier (Samuel).

Boubila.

Coulonjou.

Gilson.

Bourdin.

Croustel.

Gimbal.

MM.	MM.	MM.
Giret.	Mercier.	Robert.
Guiraud.	Mignot.	Rodiet.
Guyot (Aug.).	Monestier.	Rogues de Fursac.
Halberstadt.	Nageotte.	Roubinovitch.
Hamel.	Nicoulau.	Rougé (Calixte).
Hospital.	Nouët.	Rousset.
Hugonin.	Olivier.	Santenoise.
Jacquin.	Ollivier.	Séglas.
Journiac.	Pactet.	Sérieux.
Juquelier.	Pain.	Simon.
Lachaux.	Papillon.	Sizaret.
Lalanne (A.).	Paris.	Slizewicz.
Larrivé.	Péliassier.	Sollier.
Latreille.	Picard.	Taty.
Legrain.	Pichenot.	Terrade.
Legras.	Picqué.	Thibaud.
Lépine (Jean).	Pilleyre.	Thivet.
Leroy.	Planat.	Tissot.
Levassort.	Pochon.	Toulouse.
Levet.	Pottier.	Toy.
Lwoff.	Privat de Fortunié.	Trénel.
Maillard.	Raffegau.	Truelle.
Mairet.	Ramadier.	Védie (Henri).
Malfilâtre.	Raviart.	Vernet.
Marchand.	Reddon.	Viallon.
Marie.	Riche (André).	Viel.
Martinenq.	Ricoux.	Vignaud.
Maupaté.	Rist.	Vurpas.
Meilhon.		

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêtés d'avril 1909 : M. le D^r ALLAMAN, médecin des asiles publics d'aliénés, en disponibilité, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), en remplacement de M. le D^r RICOUX, nommé médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche) ;

M. le D^r VIEUX-PERNON, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) ;

M. le D^r BÉCUR, médecin en chef de l'asile privé de Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain), est nommé médecin en chef de l'asile de Montpellier (Hérault) ;

M. le D^r CHAIZE, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura) ;

MM. les D^{rs} ALBÈS, médecin-adjoint de l'asile de Montpellier ; DUPOUY, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon ; ROUGEON, médecin-adjoint de l'asile de Pau, et COURBON, médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (3.500 fr.) ;

M. le D^r MÉZIE, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

— *Arrêtés de mai 1909* : M. le D^r DIDE, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, est nommé directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le D^r DUBUISSON, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés ;

M. le D^r JACQUIN, médecin en chef de l'asile de Montpellier, est nommé médecin en chef de l'asile privé de Sainte-Madeleine à Bourg (Ain) ;

MM. les D^{rs} ROBERT, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux et OLIVIER, médecin-adjoint de l'asile de Blois sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (3.500 fr.).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-*

Arts : Est promu officier de l'Instruction publique, M. le D^r SIZART, médecin en chef de l'asile de Rennes.

— *Arrêté du ministre de l'Intérieur* : Ont obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique : MM. DÉCHELOTTE, surveillant en chef, et ROMBLER, infirmier de la Maison nationale de Charenton ; M^{mes} NICLO, chef infirmière, et RODHAIN, infirmière de la Maison nationale de Charenton.

— *Faculté de médecine de Paris* : Sont nommés après concours : Pour le clinicat des maladies du système nerveux, MM. BAUDOIN, chef de clinique titulaire ; FRANÇAIS, adjoint ; pour le clinicat des maladies mentale, MM. BARBÉ et KAHN, chefs de clinique adjoints.

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 28 juin 1909, sous la présidence de M. le D^r LEGRAS.

Deux prix ont été décernés :

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres de Bail-larger. — Deux mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné au mémoire n° 2 : *Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité*, par MM. les D^{rs} RENÉ CHARPENTIER et PAUL COURBON.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs. — Cinq mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné au mémoire n° 3 : *La mort avec ictus dans la paralysie générale*, par M. le D^r DELMAS. — Une mention très honorable est accordé à M. le D^r FROISSART, auteur du mémoire n° 4, qui a pour titre : *La paralysie générale post-traumatique. Etude étiologique et médico-légale*.

Le banquet annuel eut lieu le soir, à huit heures, au restaurant Marguery. Vingt-deux convives y assistèrent, parmi lesquels M. le D^r WITRY, de Trèves, membre associé étranger ; trois membres correspondants : MM. BOVAT, TATY et VURPAS, ainsi que les trois lauréats du jour : MM. CHARPENTIER, COURBON et DELMAS. Un grand nombre de membres titulaires se sont excusés ds ne pouvoir assister à cette réunion confraternelle pour des raisons sérieuses et ont exprimé leurs vifs et sincères regrets.

Au dessert, M. LEGRAS a porté le toast traditionnel à la Société médico-psychologique et à sa prospérité ; puis, après avoir souhaité la bienvenue à M. Witry et aux lauréats, il a levé son verre en l'honneur de son ami et ancien camarade d'internat, M. MAGNAN, aujourd'hui le doyen de notre

Société. M. MAGNAN a bu à la santé du président; puis, M. WITRY, prenant la parole, a porté, en un français très correct, un toast à la médecine mentale française et à la France. Enfin, M. VALLON, président du Congrès de médecins aliénistes, qui se tiendra à Nantes au commencement d'août prochain, a invité ses collègues à venir en grand nombre à cette réunion annuelle. Cette fête confraternelle, pleine de cordialité, s'est terminée fort tard dans la soirée.

NÉCROLOGIE.

D^r BOURNEVILLE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Bourneville, décédé le samedi 29 mai dernier, dans sa soixante-neuvième année, après une longue et douloureuse maladie.

Désiré-Magloire Bourneville était né à Garancières (Eure), le 20 octobre 1840. Il vint faire ses études médicales à Paris et fut nommé interne des hôpitaux dans la promotion de 1865, le 31^e sur 42. Encore étudiant, il collabora au *Journal de médecine mentale* de Delasiauve et y inséra des articles qui prouvent tout l'intérêt qu'il portait, dès cette époque, aux questions de pathologie nerveuse. Reçu docteur en médecine, en 1870, notre regretté collègue se voua exclusivement, pendant plusieurs années, au journalisme médical; il rendit un service signalé en publiant les leçons du professeur Charcot sur les maladies du système nerveux.

Nommé au concours, en 1879, médecin de Bicêtre, il créa dans cet établissement le service des enfants arriérés, épileptiques, idiots, etc., qui est un modèle du genre. Chaque année, il publiait en un volume les travaux faits dans son service avec la collaboration de ses internes. Ces comptes rendus annuels qui forment une vingtaine de volumes, constituent une collection remarquable de documents cliniques, une mine où viendront puiser tous ceux qui s'intéressent aux questions relatives à l'assistance de ces malheureux dégénérés. Il est de notre devoir de rappeler que c'est à l'école de Delasiauve et dans ses relations en quelque sorte familiales avec ce maître éminent, que Bourneville avait prit le goût de l'étude des enfants arriérés et, plus tard, le désir d'améliorer leur malheureux sort dans la mesure du possible. Tous les efforts législatifs et autres qu'on voit aujourd'hui se produire en faveur des arriérés ont, pour point de départ, les recherches de notre regretté collègue qui, d'ailleurs, ne manquait jamais de faire remonter à son maître Delasiauve, et aussi à Seguin, un autre initiateur, les premiers

linéaments des progrès qui se sont accomplis depuis dans cette partie de notre spécialité.

Bourneville était d'une activité inlassable ; et cette activité se dépensait sans compter dans les directions les plus diverses. Il nous est impossible d'énumérer ici tout ce que doivent à notre confrère, et l'Assistance publique, et l'hygiène, et les établissements d'aliénés, etc. Rappelons cependant qu'il créa le *Progrès médical*, les *Archives de neurologie*, l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, la *Bibliothèque diabolique*, l'*Année médicale* ; qu'il créa les Ecoles d'infirmières ; qu'il se fit au Conseil supérieur de l'Assistance publique et à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine le défenseur ardent et convaincu des prérogatives médicales.

L'œuvre si complexe et si diverse de Bourneville, a ses admirateurs et aussi — qui s'en étonnerait ? — ses détracteurs. C'est que derrière le savant, le philanthrope, il y avait l'homme politique. Notre confrère a été conseiller municipal de Paris, député de la Seine, et il a été l'apôtre de la laïcisation. Il n'en faut davantage à certains pour dénigrer même les meilleures choses qu'il a pu faire. A ces dénigreurs, il n'y a qu'à répondre par les lignes suivantes empruntées à une lettre de M. le professeur Farabeuf à l'auteur d'une notice sur Bourneville, publiée dans la *Presse médicale* (numéro du 21 juin 1909).

« Je me permets de vous écrire pour vous remercier de l'article que vous avez consacré à cette espèce de saint laïque, à cet entêté jamais las, ayant de petits défauts et de grandes qualités, approuvé et soutenu de quelques-uns, systématiquement dénigré par beaucoup, abreuvé de plus de fiel que de miel... serviable aux individus, dévoué au bien public, qui n'a pas eu la part de bonheur qu'il méritait et qui serait mort sans honneurs, si quelques personnes bien informées de première ou de seconde main, comme vous, ne lui avaient rendu justice généreusement... »

Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu le mardi 2 juin, à une heure et demie. Autour du corbillard la haie était formée par des délégations d'infirmiers, de surveillantes et de filles de service.

L'incinération a eu lieu au Père-Lachaise. Des discours ont été prononcés par MM. Viviani, ministre du Travail ; Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur ; Magny, directeur des affaires départementales ; Chausse, président du Conseil municipal ; Mesureur, directeur de l'Assistance ; Pierrotet, maire du V^e arrondissement, etc.

— A. R.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Médecin expert blessé par un détenu. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 6 juin 1909):

« Le docteur Legras, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt, qui est connu et tenu en haute estime dans le monde scientifique en raison de ses travaux remarquables sur les maladies mentales, vient d'être la victime d'une agression de la part d'un détenu inculpé de vol et passant pour ne pas jouir de toutes ses facultés.

« Cet individu, Marcel Defer, avait été déjà interné à Bicêtre en 1907. Quelques mois après sa sortie de cet établissement, il se faisait arrêter pour vol d'une bicyclette. Le docteur Legras, désigné pour l'examiner, déclara dans son rapport que Defer était un simulateur.

« Renvoyé devant la police correctionnelle, l'inculpé déposa des conclusions d'incompétence et demanda à comparaître devant la cour d'assises.

« Le malfaiteur, qui faisait l'objet d'un complément d'instruction, attendait à la prison de la Santé la fin de l'enquête. Sur ces entrefaites, le juge, M. Ducasse, commit le D^r Legras à l'effet de se prononcer, d'une façon définitive, sur l'état mental de l'inculpé.

« Le médecin aliéniste se présenta donc à la Santé et pénétra dans la cellule de Defer. Il se mit à lui parler et lui rappela qu'il l'avait déjà examiné à Bicêtre et qu'alors il simulait la folie.

« — Ah ! c'est vous qui avez dit que j'étais un « type » qui simulait la folie !

« Le misérable se jeta sur le D^r Legras et lui brisa à demi la mâchoire à coups de poing.

« Le médecin, dont l'état présente une certaine gravité, a déposé une plainte contre son agresseur. »

Nous sommes heureux de féliciter notre excellent collègue et ami Legras, d'avoir échappé à un réel danger et d'être complètement rétabli des blessures graves qui lui ont été faites dans cette pénible circonstance et dont, nous l'espérons, il ne restera aucune trace.

LE CONCOURS DE MÉDECIN EN CHEF
DES ASILES DE LA SEINE AU CONSEIL D'ÉTAT.

Le 31 juillet 1907, le ministre de l'Intérieur prenait un arrêté instituant le concours pour les places de médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine; et le 11 septembre de la

même année, un autre arrêté fixant les conditions de ce concours. L'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés introduisit une requête au Conseil d'Etat pour faire annuler ces deux arrêtés.

Intervinrent alors, le 12 décembre 1907, un décret instituant ce concours, et quelques semaines après un arrêté du préfet de la Seine ouvrant, le 5 mars 1908, un concours pour un poste de médecin en chef. L'Association amicale introduisit une nouvelle requête à fin d'annulation, pour excès, de pouvoir et de ce décret et de l'arrêté préfectoral. A cette requête, M. le Président répondit par une lettre en date du 24 février 1908. L'affaire est venue devant le Conseil d'Etat, qui a rendu deux arrêtés le 11 juin 1909. Nous publions intégralement ci-après les documents officiels de la cause : la lettre de M. le Président du Conseil et les deux décisions du Conseil d'Etat.

*Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à M. le Vice-Président du Conseil d'Etat.*

Paris, le 24 février 1908.

Vous avez transmis, le 20 février, un recours pour excès de pouvoir, en date du 7 février, formé par l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés. A ce recours pour excès de pouvoir est joint une demande de sursis pour le concours qui doit avoir lieu le 5 mars. Le recours est précédé d'un exposé historique des faits. Je n'ai pas d'observations à présenter sur cet exposé qui ne me paraît pas contenir d'inexactitude matérielle. Je crois, toutefois, faire remarquer que l'arrêté ministériel du 18 juillet 1898, invoqué comme constituant le statut des médecins-adjoints des asiles ne fournit pas un argument aussi fort que les auteurs du pourvoi paraissent le croire.

En effet, l'article 5 de cet arrêté est ainsi conçu :

« Les médecins-adjoints *pourront* être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France. » C'est donc un certificat d'aptitude qui leur est reconnu par cet article, et non pas un droit à tel ou tel poste d'avancement.

L'arrêté ministériel du 9 mai 1902, qui institua un concours unique pour toute la France, ne fournit pas davantage un argument pouvant permettre la cassation du décret du 12 décembre 1907. En effet, le concours ne donnait pas à ceux qui étaient admis, droit à tel ou tel poste déterminé, il ne faisait que donner la capacité d'occuper un poste quelconque dans tous les asiles de France; il imposait simplement au Gouvernement l'obligation de choisir entre les élus de ce concours lors-

qu'il s'agissait de nommer à un poste d'avancement, sans spécialiser pour chacun d'eux des droits précis à tel ou tel poste.

Sous réserve de cette observation présentée à l'occasion de l'exposé historique des faits, j'aborde la discussion des arguments fournis à l'encontre du décret de 1907.

Tout d'abord, y a-t-il excès de pouvoir?

— Non, un décret d'ordre général pouvant modifier un texte antérieur de même ordre.

Y a-t-il violation de droits acquis?

— Oui, disent les auteurs du pourvoi.

Leur argument ne paraît toutefois pas avoir la portée qu'ils lui attribuent. En effet, il n'y aurait réellement atteinte aux droits acquis que si l'on admettait à participer au concours de la Seine, des médecins autres que ceux des asiles publics d'aliénés ou assimilés à ces derniers. Ce n'est pas le cas. Actuellement, lorsqu'il s'agit de pourvoir à une vacance dans un des établissements de la Seine, le ministre a la liberté de choisir le titulaire qui doit être appelé à ces fonctions; il exerce ce choix dans des conditions d'indépendance absolue, conditions dans lesquelles il est possible à la faveur de jouer un certain rôle. Le ministre peut, ayant la décision dernière, s'entourer de tous les renseignements voulus pour que son choix soit le plus équitable possible. Comment pourrait-on critiquer qu'il s'entourât de cette garantie supérieure à toutes les autres, qui est celle résultant de l'établissement d'un concours, c'est-à-dire, du procédé le plus sûr de faire une comparaison complète de la valeur respective des différents candidats? Comment ces derniers pourraient-ils se plaindre, puisque le régime nouveau n'augmente pas le nombre de leurs concurrents, d'une formalité qui impose plus sûrement le mérite au choix du ministre?

On invoque, il est vrai, comme pouvant rendre purement illusoire la voie du concours ouverte aux intéressés, ce fait que les candidatures sont soumises à un avis préfectoral et à l'agrément ministériel. Mais, là encore, y a-t-il augmentation de l'arbitraire ministériel?

Nullement. Comment procédait-on dans le passé? Une vacance se présentait dans un asile de la Seine; le ministre, avant de faire librement son choix, se préoccupait de deux éléments: d'abord de la valeur des candidats au point de vue hospitalier, administratif, social, et d'un certain nombre de considérations contingentes; ensuite, de la valeur scientifique de ces mêmes candidats. Il conserve avec le nouveau décret, le droit, dont il usait pleinement jusqu'ici, d'écarter une candidature qui, sur le premier point, pourrait laisser à désirer. Il s'en remet pour l'appréciation de la valeur scientifique à un jury spécialement compétent. On voit bien les garanties qu'ont

gagnées des candidats à ce nouveau mode de procéder. On ne voit pas celles qu'ils ont perdues. Il serait d'ailleurs superflu d'insister sur l'importance qu'il y a à donner à des candidats aux asiles de la Seine tous les moyens de mettre en valeur leur science médicale.

Les asiles de la Seine, dont les incurables sont, en général, envoyés dans les départements, offrent aux médecins des sujets d'études et d'enseignement plus nombreux, plus variés que dans la plupart des asiles de province.

Tout le monde doit donc s'accorder à reconnaître qu'on ne saurait rien négliger qui rehausse l'éclat du personnel médical traitant, dont le rôle, au double point de vue clinique et didactique, est de première importance.

Les auteurs du pourvoi soulèvent en dernier lieu la question du sursis au concours annoncé pour le 5 mars. J'estime que cette demande ne doit pas être accueillie, outre que le sursis ne leur donnerait aucun avantage puisque, en cas d'annulation ultérieure du décret du 12 décembre dernier, les opérations du concours projeté seraient annulées, il aurait cet inconvénient de susciter dans l'opinion une présomption favorable à cette annulation. C'est là une conséquence que le Conseil d'Etat lui-même voudrait sans doute éviter.

Telles sont, Monsieur le Président, les observations que j'ai à présenter à l'occasion du pourvoi que vous m'avez communiqué, et que je vous retourne sous ce pli.

Signé : G. CLEMENCEAU.

Décisions du Conseil d'Etat dans sa séance du 11 juin 1909.

I. — Le Conseil d'Etat statuant au contentieux,

Sur le rapport de la section du contentieux,

Vu la requête présentée par l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés dont le siège est à Paris, 6, rue Scheffer, représentée par les sieurs :

Giraud, président ;

Vallon, vice-président ;

Antheaume, secrétaire-trésorier ;

Charon et Rayneau ;

Et d'autre part, en leur nom personnel :

Par le sieur Giraud, directeur-médecin de l'asile départemental d'aliénés de la Seine-Inférieure, Saint-Yon, Sotteville-lès-Rouen ;

Le sieur Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris ;

Le sieur Antheaume, médecin en chef honoraire de l'asile de Charenton ;

Le sieur Charon, médecin-directeur de l'asile d'Amiens ;

Le sieur Rayneau, médecin en chef à Orléans ;

Le sieur Thivet, médecin en chef des asiles publics d'aliénés, à Sotteville-les-Rouen ;

Le sieur Masselon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont ;

Le sieur Pochon, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon ;

Le sieur Olivier, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie ;

Le sieur Mercier, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu ;

Les sieurs Baruk et Levassort, médecin-directeur et médecin-adjoint de l'asile départemental de l'Orne ;

Et le sieur Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre ;

Ladite requête enregistrée au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, le 28 septembre 1907 et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler pour excès de pouvoir deux arrêtés du ministre de l'Intérieur en date des 31 juillet et 11 septembre 1907, le premier établissant un concours spécial pour le recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés du département de la Seine, le deuxième fixant les conditions de ce concours ;

Ce faire, attendu que ces arrêtés ministériels lèsent les intérêts des requérants en modifiant à leur préjudice l'accès des postes de médecins d'asiles publics d'aliénés du département de la Seine auxquels ils pourraient prétendre sans nouveau concours après avoir subi le concours de l'adjuvat réglementé par le décret du 2 août 1906 et les textes antérieurs ; qu'au surplus, l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907 est entaché de nullité comme ayant été pris en violation des dispositions du décret du 2 août 1906 non abrogé ;

Vu les arrêtés ministériels attaqués ;

Vu la loi du 30 juin 1838, le décret du 2 août 1906 ;

Vu le décret du 12 décembre 1906 ;

Vu la loi du 24 mai 1872 ;

Vu le décret du 22 juillet 1806 ;

Où M. Wurtz, maître des Requêtes en son rapport ;

Où M. Tardieu, commissaire du Gouvernement en ses conclusions ;

Considérant que depuis l'introduction de la requête susvisée, les arrêtés du ministre de l'Intérieur, en date des 31 juillet et 11 septembre 1907, contre lesquels est dirigé le pourvoi ont été abrogés par le décret du 12 décembre 1907 ;

Que, dès lors, la requête est devenue sans objet ;

Décide :

ARTICLE PREMIER.

Il n'y a lieu de statuer sur la requête susvisée de l'Association amicale des médecins d'asiles publics d'aliénés et des sieurs Giraud, Antheaume et autres.

ARTICLE 2.

La Société amicale et les sieurs Giraud et autres ne supporteront aucun droit d'enregistrement.

II. — Le Conseil d'Etat statuant au contentieux,

Sur le rapport de la section du contentieux,

Vu la requête présentée par l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés, agissant poursuites et diligences des sieurs :

Giraud, directeur-médecin honoraire des asiles publics d'aliénés, président ;

Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, vice-président ;

Antheaume, médecin en chef honoraire de l'asile national de Charenton, secrétaire ;

Ladite Association ayant son siège à Paris, 6, rue Scheffer, et pour les sieurs :

Sizaret, médecin en chef à l'asile de Rennes (concours de 1888) ;

Thivet, médecin en chef de l'asile de Clermont ;

Chevalier-Lavaure, directeur-médecin de l'asile d'Auch ;

Chardon, médecin en chef de l'asile d'Armentières ;

Charon, directeur-médecin de l'asile d'Amiens ;

Croustel, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Vannes) ;

Dubourdieu, directeur-médecin de l'asile d'Angers ;

Monestier, directeur-médecin de l'asile de Moulins ;

Hamel, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, près Rouen ;

Charuel, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne ;

Baruck, directeur-médecin de l'asile d'Alençon ;

Cossa, médecin en chef de l'asile de Nice ;

Deswarte, médecin en chef de l'asile de Maréville ;

Toy, médecin en chef de l'asile d'Aix ;

Dodero, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône) ;

Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville ;

Pochon, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Rouen) ;

Wahl, médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre ;

Rodiet, médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon ;

Jacquín, médecin-adjoint à l'asile de Bordeaux ;

Bonne, médecin-adjoint à l'asile de Toulouse ;

Pelissier, médecin-adjoint à l'asile de Marseille ;

Bécue, médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec (Vannes);
 Mercier, médecin-adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var);
 Lagriffe, médecin-adjoint à l'asile de Quimper;
 Coulonjou, médecin-adjoint à l'asile de Toulouse;
 Vernet, médecin-adjoint à l'asile de Moulins;
 Masselon, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise);
 Danjean, médecin-adjoint à l'asile d'Avignon;
 Tissot, médecin-adjoint à l'asile d'Amiens;
 Ducos, médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure);

Levassort, médecin-adjoint à l'asile d'Alençon;
 Olivier, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Ylie (Jura);
 Ladite requête enregistrée au Secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, le 7 février 1908, et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler pour excès de pouvoir :

1° Un décret du 12 décembre 1907, instituant un concours à l'effet de pourvoir aux postes de médecins en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine;

2° Un arrêté du préfet de la Seine, en date du 9 janvier 1908 pris en exécution dudit décret et ouvrant, le 5 mars 1908, un concours pour un poste de médecin en chef dans lesdits asiles; subsidiairement, annuler les articles 4 et 6 du décret du 12 décembre 1907;

Ce faire, attendu que depuis 1888 des arrêtés pris par le ministre de l'Intérieur, en vertu des pouvoirs à lui conférés par l'ordonnance du 18 décembre 1839, ont assuré le recrutement des médecins d'asiles publics d'aliénés par la voie de concours, régionaux d'abord, puis par la voie d'un concours unique pour la France entière; qu'il a été expressément stipulé que les médecins-adjoints nommés à la suite de ces concours pourraient être nommés médecins en chef ou médecins-directeurs dans toute la France; que le décret du 1^{er} août 1906 n'a fait que confirmer le régime antérieur en établissant un cadre unique et en réglant l'avancement; que le décret attaqué fait disparaître cette unité, en créant pour le département de la Seine un cadre spécial auquel on n'accéderait qu'à la suite d'un nouveau concours; qu'il porte atteinte aux droits acquis, en modifiant les conditions les plus essentielles de l'avancement et en enlevant aux candidats issus des concours antérieurs une partie importante des postes d'avancement ou en soumettant l'accès de ces postes aux éventualités d'un nouveau concours; que, subsidiairement, les conditions du concours sont arbitraires et qu'il est inadmissible notamment que les candidats soient tenus de s'assurer l'avis favorable du préfet et l'agrément du ministre avant de pouvoir participer au concours;

Vu les observations présentées par le ministre de l'Intérieur,

en réponse à la communication qui lui a été donnée de la requête, lesdites observations enregistrées comme ci-dessus le 14 février 1908, et, tendant au rejet de la requête par les motifs; que ni l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, ni celui du 9 mai 1902 ne confèrent aux candidats admis de droit à un poste déterminé d'avancement; qu'il n'y a pas, dans l'espèce, d'excès de pouvoir, un décret pouvant modifier un décret antérieur; qu'il n'y aurait violation de droit acquis que si d'autres que les médecins d'asiles publics d'aliénés étaient admis à prendre part au concours; ce qui n'est pas le cas; que l'institution de ce concours donne des garanties nouvelles au mérite des candidats; que cette formalité limite dans une certaine mesure les pouvoirs du ministre qui, antérieurement, exerçait son choix dans sa pleine indépendance;

- Vu le mémoire en réplique produit au nom de l'Association amicale des médecins d'asiles publics d'aliénés et au nom des médecins dénommés à la requête, ledit mémoire enregistré comme ci-dessus le 27 mars 1908 et par lesquels on déclare persister en leur nom dans les conclusions de la requête par les motifs déjà exposés et, notamment, par le motif qu'on porte atteinte au droit acquis des médecins qui ont une aptitude légale à l'avancement dans toute la France sans distinction, en créant pour Paris et le département de la Seine un régime d'autonomie et de séparation, et en obligeant le personnel médical à subir pour accéder à ces postes privilégiés un nouveau concours dont au surplus les médecins âgés de plus de cinquante ans sont exclus;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier;

- Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839;

- Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et 9 mai 1902;

- Vu le décret du 25 mars 1852;

- Vu le décret du 1^{er} août 1906;

- Vu la loi des 7-14 octobre 1907;

- Vu la loi du 24 mai 1872;

Où M. Wurtz, maître des Requêtes, en son rapport;

Où M^e Gosset, avocat de l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés et des sieurs Sizarret et autres, en ses observations;

Où M. Tardieu, maître des Requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions;

Considérant qu'à l'appui de leur demande d'annulation pour excès de pouvoir du décret du 12 décembre 1907 et de l'arrêté ministériel du 9 janvier 1908, pris en exécution de ce décret, les sieurs Giraud, Vallon et autres, soutiennent qu'ayant subi avec succès les concours d'adjuvat institués et réglementés par

les arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et 9 mai 1902, et le décret du 1^{er} août 1906 et ayant été nommés médecins-adjoints dans les établissements publics d'aliénés, ils avaient par là même le droit d'être nommés aux fonctions de médecins en chef des établissements publics d'aliénés de toute la France sans distinction ni restriction aucune; que le décret et l'arrêté attaqués auraient porté atteinte aux droits qui leur avaient été ainsi conférés par le concours d'adjuvat, en subordonnant à un deuxième concours spécialement institué à cet effet l'obtention des fonctions de médecins en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine;

Considérant que les droits aux avantages résultant pour les fonctionnaires d'une réglementation faite par des décrets et des arrêtés ministériels restent subordonnés au maintien de ces décrets ou arrêtés, et qu'en l'absence d'une disposition législative ayant statué sur cet objet, l'organisation fixée par un décret peut valablement être modifiée par un décret ultérieur; qu'ainsi les requérants ne sont pas fondés à soutenir que les actes attaqués sont entachés d'excès de pouvoir;

Décide :

ARTICLE PREMIER

La requête susvisée de l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés est rejetée.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

58. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 28 avril 1909) :

Il y a un an environ, M^{me} Catherine Blandinière, née Simon, quarante ans, cuisinière, originaire d'Intlingen (Haut-Rhin) et demeurant alors à Paris avec son mari, gardien de la paix, fut victime d'un accident de travail. A cet effet, elle adressa une plainte au procureur de la République. Comme, à son avis, on ne lui répondait pas assez vite, elle écrivit ensuite plusieurs lettres qui restèrent également sans réponse. Sur ces entrefaites, M. Blandinière prit sa retraite et fut nommé en qualité de surveillant dans une usine d'une petite ville du département du Doubs. La cuisinière se trouva dans l'obligation de quitter la capitale. A nouveau, elle demanda par lettre au procureur de la République ce que devenait son affaire. Personne ne lui répondit.

Il y a deux jours, elle se décida à venir à Paris, et hier après-midi, au Palais de Justice, elle fut introduite avec sa fillette, âgée de quatorze ans, auprès de M. Serres, secrétaire de M. Roth, directeur de la quatrième section chargée du classement des dossiers.

Après avoir compulsé le dossier de M^{me} Blaudinière, le secrétaire répondit que la plainte n'était pas recevable.

Sans mot dire, la plaignante sortit de son réticule un revolver et fit feu sur M. Serres. Fort heureusement, celui-ci put esquiver la balle. Un gardé républicain désarma la cuisinière et celle-ci fut emmenée chez M. Euriat, commissaire de police du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois.

Là, elle déclara qu'elle n'avait pas eu l'intention de tuer M. Serres. Et elle ajouta, sans qu'on le lui demandât.

— Je voulais tout simplement attirer l'attention sur mon cas, car j'estime que moi, l'ancienne maîtresse du Président Carnot, mérite certains égards. M. Fallières l'a si bien compris, qu'hier il m'a remis pour me venger le revolver dont je me suis servi.

M. Euriat comprit tout de suite qu'il avait affaire à une folle et il envoya l'infortunée à l'infirmerie du Dépôt.

59. *Menaces de mort.* — Brandissant un énorme couteau, Léon Guibal, quarante-cinq ans, ouvrier chaudronnier, demeurant en garni rue de Meaux, en proie à une terrible crise d'alcoolisme, parcourait hier soir, en hurlant, le quartier du Combat. Des agents s'élancèrent sur lui pour le maîtriser. Au paroxysme de la fureur, Guibal se débattit violemment et, au cours de la lutte, se porta un coup de couteau à l'épaule gauche.

M. Gonnet, trente-deux ans, employé de commerce, domicilié rue des Chauffourniers, fut, en prêtant main-forte aux agents, blessé d'un coup de tête au bas-ventre.

Quant au forcené, il est à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du jeudi 29 avril 1909.)

60. *Excentricités.* — Des gardiens de la paix du XVIII^e arrondissement constataient hier soir, boulevard de la Chapelle, que la plaque d'un égout avait été retirée et la barrière protectrice repoussée. Ils s'approchèrent et aperçurent au fond, à la lueur d'une lanterne, un individu aux prises avec un égoutier. L'un des agents descendit et réussit à maîtriser le forcené, un nommé Charles Rozier, trente ans, ouvrier tailleur, domicilié en garni, rue des Gardes. Pris d'une crise de folie, le malheureux dément était descendu dans l'égout, il s'était jeté sur les ouvriers, disant qu'il était dans ses mines d'or. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du lundi 3 mai 1909.)

61. *Excentricités.* — M^{me} Elise N..., cinquante ans, demeurant rue de Crimée, prise d'un subit accès de folie, se mit en devoir, hier matin, de faire passer par sa fenêtre toute sa batterie de cuisine et des bouteilles vides.

Un projectile blessa à la tête M. Tréblin, âgé de vingt-cinq ans, journalier, demeurant rue Curial.

La démente a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du jeudi 6 mai 1909).

62. *Actes de violence.* — Atteint subitement d'aliénation mentale, M. Albert Diétrich, professeur au lycée de Dijon, qui se trouvait de passage à Paris, brisa tout ce qui lui tomba sous la main, à l'hôtel Métropole, rue de Chalon, où il était descendu.

M. Verdeau, commissaire de police du quartier de Bercy, a fait conduire le malheureux à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du lundi 24 mai 1909.)

63. *Tentative d'assassinat.* — On télégraphie de Saint-Petersbourg au *Daily Express* qu'hier un train de voyageurs traversait à toute vitesse la gare de Pokrovko, où il eût dû s'arrêter. Le chef de train, après avoir fait d'inutiles signaux, alla jusqu'à la machine et il vit le mécanicien, subitement devenu fou, brandissant un couteau sur le chauffeur.

Le chef de train renversa la vapeur, mais en même temps il recevait un couteau dans le dos.

Aussitôt que le train fut arrêté, les voyageurs se précipitèrent vers la machine et maîtrisèrent le forcené. (Le *Journal*, numéro du jeudi 27 mai 1909.)

64. *Suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 29 mai 1909) :

Très élégamment vêtu, portant de longs cheveux bruns bouclés, sous un large feutre noir, un jeune homme d'une trentaine d'années venait s'installer, hier après-midi, dans le parc de Garches, non loin de l'Institut Pasteur, et dessinait, avec un réel talent, un pont de pierre qui traverse le « ruisseau des pelouses ». Bientôt, les curieux affluèrent, s'approchant de l'artiste, malgré les aboiements du petit fox-terrier qui l'accompagnait; tout à coup, le jeune homme se tourna vers la foule, traça quelques lignes sur son album, et courut se placer au milieu du pont. Là, il sortit de sa poche un revolver de gros calibre, monta sur le parapet, et, se tirant une balle dans la tempe droite, tomba à la renverse dans le ruisseau. Le garde forestier Proton accourut, attiré par le bruit de la détonation, et retira de l'eau le corps du malheureux jeune homme, qui avait cessé de vivre.

Fouillé, il fut trouvé porteur d'un mouchoir marqué M. B., d'un porte-monnaie contenant 14 fr. 15, d'une montre en argent et d'un journal daté du 18 mai.

Sur l'album qu'il avait laissé près du pliant sur lequel il s'était assis pour dessiner, le désespéré avait écrit : *Pardon à tous, je me suicide pour une folie ancienne!*

Dans l'impossibilité d'établir l'identité du défunt, le brigadier de gendarmerie Dodo a fait transporter le cadavre à la

mairie de Garches, et, à la fourrière de Ville-d'Avray, le chien, qui refusait obstinément de quitter le corps de son maître.

65. Quadruple homicide. — On télégraphie de Madrid au *Matin* (numéro du mardi 1^{er} juin 1909) :

Des télégrammes de Bilbao racontent les horribles crimes commis par un fou, Antonio Lequerica, vingt-sept ans, qui habite le village de Naberni avec son père et sa mère.

Il ne jouit pas depuis longtemps de toutes ses facultés mentales, mais il est resté inoffensif jusqu'à présent.

Hier matin, son père, qui allait à Guernica, ne voulut pas l'emmener avec lui. Il entra alors dans une telle colère que les voisins durent le ligoter et le laisser enfermé dans la maison.

Furieux, il parvint à rompre les cordes qui le liaient. Il incendia la maison et prit la fuite en emportant une bêche.

Il se présenta dans une ferme située à quatre kilomètres du village et tua à coups de bêche un vieillard assis sur sa porte.

Le neveu de la victime, attiré par le bruit, essaya de maîtriser le fou, mais il dut fuir à son tour après une courte lutte et s'enfermer dans la ferme.

Le fou revint alors au cadavre du vieillard qu'il mutila horriblement avec une poutre.

Un fils de la victime, qui assista à la terrible scène, courut demander du secours à une autre ferme située à un kilomètre et demi. Pendant ce temps, le fou disparut.

Le fils revint donc à sa ferme et rencontra en chemin sa fille, toute éplorée, qui lui annonça qu'on avait tué son grand-père, âgé de quatre-vingt-six ans, et sa tante.

Après ce troisième crime, le fou se présenta à une autre ferme où il tua une femme, toujours à coups de bêche et aurait continué ainsi ses exploits si les paysans n'étaient pas parvenus à le maîtriser et à le ligoter solidement après une terrible lutte.

La crise dura plusieurs heures.

Il vociférait qu'il avait commis ses meurtres pour sauver l'Espagne et l'humanité.

66. Suicide. — Depuis plusieurs mois, M^{me} Marguerite Goulka, née Maxence, âgée de trente-six ans, était atteinte de troubles cérébraux, et son mari, tenancier d'un bureau de tabac situé rue du Midi, 30, à Vincennes, exerçait autour d'elle une surveillance de tous les instants. En dépit de cette surveillance, l'infortunée a mis fin à ses jours hier matin, de façon tragique.

Déjà, dans le courant de la nuit, la malheureuse avait tenté de se tirer un coup de revolver; elle en avait été empêchée à temps.

Vers six heures, M. Goulka se levait pour aller chercher un médecin ; mais à peine avait-il franchi le seuil de l'appartement qu'il entendit le bruit de la chute d'un corps. En toute hâte il revint dans la chambre et recula, horrifié : sa femme, qui venait de se trancher la gorge à l'aide d'un rasoir, gisait sur le parquet dans une large flaque de sang.

Informé de ce drame, M. Gaubert, commissaire de police de Vincennes, s'est transporté sur les lieux en compagnie du D^r Bretonville, qui ne put que constater la mort de la désespérée, dont la tête était presque détachée du tronc. (*Le Journal*, numéro du mardi 1^{er} juin 1909.)

67. *Homicide et suicide*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 30 mai 1909) :

Un drame rapide, qu'on ne peut attribuer qu'à un accès de folie, s'est déroulé hier soir à dix heures, dans un restaurant de la rue Pierre-Lescot, aux Halles. Un riche Américain, M. Henderson, en plein dîner au milieu des siens, a tué sa fille d'un coup de revolver et s'est ensuite suicidé.

M. Henderson, depuis de longues années, venait dîner souvent au restaurant du « Père-Tranquille » avec sa famille : on lui réservait un cabinet particulier.

Hier, il était arrivé vers sept heures, avec sa femme, ses trois filles, Marthe, âgée de vingt-trois ans, Suzanné, dix-sept ans, Gladys, huit ans, et leur institutrice. Le dîner ne fut servi qu'à neuf heures dans un des cabinets du premier étage. Le repas s'était passé gaiement ; comme à l'ordinaire on avait bu du champagne. Au dessert, M. Henderson se leva, alluma un cigare et s'accouda à la fenêtre, paraissant s'intéresser au va-et-vient des Halles. Tout à coup, il se retourna et sortant un revolver de sa poche tira sur sa fille Marthe, qui se trouvait de l'autre côté de la table, près de sa mère.

La jeune fille poussa un cri et tomba en arrière : elle avait reçu la balle dans la nuque.

Le père portait ensuite le revolver à la hauteur de l'oreille et se tirait deux balles dans la tête. Il tomba foudroyé.

La mère, affolée, et les jeunes filles poussaient des cris de terreur : au bruit des détonations, le personnel du restaurant accourut ; des agents qui faisaient leur tournée furent appelés. On alla chercher un médecin, mais tout fut inutile : le père et la fille avaient été tués sur le coup.

On transporta les deux cadavres au commissariat de police de la rue des Prouvaires.

L'enquête à laquelle a procédé M. Bureau, commissaire de police du quartier des Halles, a permis d'établir les faits suivants, d'après les dépositions de M^{me} Henderson et de l'institutrice.

M. David Henderson, riche Américain, né en 1858 à Jersey-City, dans l'état de New-Jersey, aux Etats-Unis, avait épousé à Londres, en 1882, M^{lle} Olga Leprestre.

De cette union étaient nés cinq enfants : un fils, âgé de vingt-six ans, établi à New-York, et quatre filles, trois qui se trouvaient au restaurant des Halles, et la quatrième, Vera, âgée de vingt-quatre ans, actuellement à Venise.

La famille Henderson possédait des propriétés aux Etats-Unis, en Suisse, et le château de Noue, près de Villers-Cotterêts ; c'est là qu'elle passait la plus grande partie de l'année ; elle occupait à Paris un rez-de-chaussée, 29, rue d'Artois, d'un loyer de 3.000 francs environ, qu'elle habitait deux ou trois mois par an seulement ; on faisait apporter le déjeuner d'un restaurant voisin, et le soir, on allait dîner le plus souvent chez le « Père-Tranquille ».

M. Henderson était d'une humeur fantasque ; atteint de neurasthénie, il ne pouvait rester en place ; il voyageait sans cesse ; des insomnies agitaient ses nuits ; il se levait, se promenait dans l'appartement, poussant des cris et des gémissements.

Il y a cinq ou six mois, toute la famille était partie pour New-York, afin d'assister au baptême du premier enfant du fils aîné ; elle était revenue lundi dernier ; mais devant regagner sous peu le château de Noue, elle n'avait pas voulu s'installer au rez-de-chaussée de la rue d'Artois et était descendue chez des amis.

M. Henderson, ces jours derniers n'avait point paru plus agité que de coutume. Cependant le commissaire de police incline à penser qu'il avait prémédité son acte ; le revolver dont il s'est servi, un Smith and Wesson de 8 millimètres, était tout neuf, et l'Américain avait fermé intérieurement la porte du cabinet où la famille dînait hier, contrairement à son habitude. Ce matin, les corps de M. Henderson et de sa fille ont été transportés, sur le désir de M^{me} Henderson, au dépôt mortuaire de la rue de Maistre ; il seront inhumés en Suisse dans un caveau de famille.

68. *Homicide*. — Depuis quelques années, un ménage de vieux rentiers parisiens, les époux Gentil, villégiaturait à Lormaye, près de Nogent-le-Roi. Hier, le mari, ancien maître d'hôtel, âgé de soixante ans, a tué sa femme dans une crise de folie furieuse. Des voisins intervinrent, mais trop tard. Ils maîtrisèrent à grand-peine le forcené qui fut enfermé dans une dépendance de la mairie. (Le Temps, numéro du lundi 7 juin 1909.)

69. *Homicide*. — On lit dans le Petit-Temps (numéro du mercredi 9 juin 1909) :

« Cet après-midi, vers quatre heures, rue de Maubeuge, une dame Paula Cuissard, cinquante-cinq ans, demeurant à Ezanville, près Ecouen, se trouvait dans un fiacre avec sa fille, quand elle tira sur celle-ci un coup de revolver à la tempe droite.

« La jeune fille a été transportée à l'hôpital Lariboisière dans un état grave.

« M^{me} Cuissard paraît ne pas jouir de ses facultés mentales. On a trouvé sur M^{me} Cuissard une lettre dans laquelle elle disait qu'elle voulait mourir avec sa fille. »

Le *Temps* du lendemain (numéro du jeudi 10 juin 1909) donnait sur ce fait douloureux les renseignements suivants :

« Nous avons raconté hier les circonstances dans lesquelles une déséquilibrée, M^{me} Paula Cuissard, née Guillet, d'Ezanville, près d'Ecouen, avait tiré deux coups de revolver sur sa fille, dans une voiture, au coin de la rue de Maubeuge.

« Transportée à l'hôpital Lariboisière, la victime de ce drame de la folie y a succombé dans la soirée, sans avoir repris connaissance. A son chevet était accouru son père, employé à la comptabilité du Chemin de fer du Nord, dont la douleur était navrante.

« Ma femme, a-t-il expliqué au commissaire de police, donnait depuis quelques semaines des signes de dérangement cérébral. Vers le 10 mai dernier, sa folie s'accrut ; elle se crut persécutée, mais elle crut surtout que notre fille était en butte aux mauvais traitements d'individus imaginaires.

« M^{me} Cuissard a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

XIX^e CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Nantes 2-8 août 1909.

Programme des travaux et excursions.

Lundi 2 août. — *Matin* : Séance solennelle d'inauguration à l'Hôtel de Ville. Visite des musées et de la ville de Nantes.

Après-midi : Séance à 2 heures à l'Ecole de Médecine. — 1^{er} rapport : Psychiatrie. — M. PARANT fils (de Toulouse) : Les fugues en psychiatrie.

Soir : A 9 heures, réception offerte par la municipalité à l'Hôtel de Ville.

Mardi 3 août. — *Matin* : Suite de la discussion du 1^{er} rapport.

Après-midi : 2^e rapport : Neurologie. — D^r SAINTON (de Paris) : Les chorées chroniques.

Soir : Après la séance, réunion du Comité permanent.

Mercredi 4 août. *Matin* : Visite de l'Asile d'aliénés de Nantes.

Après-midi : A 2 heures, séance dans le manoir Jean-V. — 3^e rapport : Médecine légale, D^r GRANJUX (de Paris) et RAYNEAU (d'Orléans) : Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.

Après la séance, réunion du Congrès en Assemblée générale.

Soir : A 9 h. 1/2, réception offerte par le Président et les membres du Congrès.

Jeudi 5 août. — *Matin* : Excursion sur l'Erdre; départ vers 8 heures du matin. — Déjeuner à Sucé.

Après-midi : Séance à la mairie de Sucé. — Communications diverses. — Retour à Nantes pour dîner.

Vendredi 6 août. — *Matin* : Excursion à Clisson et à La Roche-sur-Yon. — Départ de Nantes à 8 heures par train spécial; arrivée à Clisson à 8 h. 1/2. — Visite du Château. — A 11 h. 1/2, déjeuner à Clisson.

Après-midi : A 11 h. 40, départ pour La Roche-sur-Yon. — Visite à l'Asile de la Grémaudière. — Dîner à La Roche-sur-Yon.

A 7 h. 20, départ pour Nantes; arrivée à 9 h. 46.

Samedi 7 août. — Excursion à Saint-Nazaire, La Baule, Le Croisic. — Visite à l'hôpital marin de Pen-Bron. — Dislocation.

Excursion en Bretagne. — Après la dislocation, les congressistes auront toute facilité pour excursionner en Bretagne. Des billets d'excursion, établis par les Compagnies de Chemin de fer de l'Orléans et de l'Ouest-Etat, permettent de visiter les plages Sud de la Bretagne: le golfe du Morbihan avec ses souvenirs druidiques; Belle-Isle et ses rochers célèbres; la côte de Penmarch; la pointe du Raz et la baie des Trépassés; la baie de Douarnenez et la rade de Brest. Sur la côte Nord: Notre-Dame du Folgoët, Roscoff et Saint-Pol-de-Léon; les étranges rochers de Ploumanach; Tréguier et Paimpol; Dinard, Saint-Malo et la rivière de la Rance; les montagnes de Bretagne avec les sites admirables du Faouët, de Guéméné-sur-Scorff, du Huelgoat, méritent également de retenir le touriste.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1910.

PRIX AUBANEL. — 1.200 francs. — Question : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

ANNÉE 1911.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1909, pour les prix à décerner en 1910, et le 31 décembre 1910, pour les prix à décerner en 1911, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le XIX^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Nantes : 2-8 août 1909.

Le XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenu, cette année, à Nantes (1). Nous allons donner un aperçu de ses travaux en suivant l'ordre chronologique des faits ; mais, dès à présent, nous devons dire qu'il fut de tous points remarquable, tant par l'intérêt des rapports qui y furent discutés, que par la richesse des communications qui affluèrent de côté et d'autre... et aussi par l'agrément

(1) Pour la première fois depuis la fondation de ce Congrès annuel, à laquelle il a contribué, notre excellent collaborateur et ami Giraud n'a pu y assister. Il n'a fallu rien de moins que la maladie pour l'empêcher de remplir ses fonctions d'historiographe des travaux de ces réunions, dont il s'acquittait avec tant de zèle et de dévouement. Nous lui exprimons, avec nos bien vifs regrets, nos vœux les plus affectueux pour son prompt et complet rétablissement.
(N. D. L. R.)

des excursions auxquelles furent conviés les congressistes ; car, il faut bien l'avouer, le « congressiste » est autant un touriste qu'un homme de science, et il est aussi avide de goûter le charme de la nature et la beauté des sites, que de savourer l'éloquence des orateurs et l'excellence de leurs savantes discussions.

2 août. Les congressistes se réunissent à 9 heures du matin à l'Hôtel de Ville où a lieu la séance solennelle d'inauguration du Congrès. En l'absence du maire de Nantes, empêché, son très distingué adjoint, M. Bellamy, a souhaité la bienvenue au Congrès, puis, en une allocution chaleureusement applaudie, a rappelé quel péril menaçait à tout moment la vie de l'aliéniste, qui devient trop souvent « un héros du devoir professionnel ».

M. Granier, inspecteur général, délégué officiel du ministère de l'Intérieur, parle à son tour ; il montre que « pour compatir il faut comprendre », il signale les progrès apportés depuis un siècle dans le traitement des aliénés et fait l'éloge du médecin expert et de la psychologie moderne.

M. Simonin, représentant du ministère de la Guerre, insiste dans son allocution sur le rôle et la nécessité de l'expertise psychiatrique dans l'armée.

M. Vallon enfin, notre très sympathique président, a la parole. Après les remerciements d'usage adressés à la municipalité nantaise si affablement accueillante ; au président du comité des inspecteurs généraux, auteur apprécié d'un livre sur la femme criminelle ; au professeur de médecine légale du Val-de-Grâce, le premier délégué que le ministère de la Guerre envoie officiellement au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes ; au président du Conseil général, aux magistrats nantais, au Dr Malherbe, l'éminent directeur de l'Ecole de médecine, etc., M. Vallon évoque avec émotion les anciens présidents de nos Congrès aujourd'hui dispa-

rus : Ball, Bouchereau, Th. Roussel, Christian, Joffroy, Motet. Puis il salue l'avènement au professorat de Gilbert Ballet, et, rappelant sa leçon d'inauguration sur la loi de 1838, il stigmatise à son tour la loi nouvelle sur les aliénés, votée hâtivement à la Chambre et actuellement à l'étude au Sénat, loi rétrograde qui est bien plus une loi de suspicion contre les aliénistes, qu'une loi d'assistance en faveur des aliénés. Enfin, au sujet du rejet par le Conseil d'Etat d'un pourvoi formé par la majorité des médecins aliénistes contre le concours institué pour l'obtention des places de médecin en chef des asiles de la Seine, il prononce d'éloquents et de courageuses paroles dont nous tous, psychiatres de carrière et médecin des asiles de France, devons le remercier et lui être profondément reconnaissants.

« Médecins des asiles de la Seine, de France et de Navarre, les considérants de l'arrêt vous logent tous à la même enseigne. Et elle n'est pas belle, et elle n'est pas engageante cette enseigne. Elle est ainsi conçue : ICI PAS DE DROITS.

« Parfaitement, pas de droits. Toutes choses que, dans notre naïveté, nous considérons comme des droits acquis, étant, dit l'arrêt, le résultat, non de dispositions législatives mais de simples décrets, peuvent nous être enlevées du jour au lendemain, par un nouveau décret sans que nous ayons rien à réclamer. Les décrets, c'est comme les clous : l'un chasse l'autre.

« L'arrêt, dans ses considérants, veut bien reconnaître cependant que si nous ne possédons pas de droits, nous avons des intérêts et même que le décret attaqué lèse les intérêts d'un certain nombre d'entre nous. Mais cela n'a aucune importance. »

La conclusion logique de cet arrêt est qu'il est nécessaire que les médecins aliénistes aient leur place dans le statut des fonctionnaires actuellement à l'étude.

« Il faut que ce statut définisse clairement pour les médecins des asiles les conditions d'entrée dans la carrière, d'avancement, d'âge et de droits à la retraite. »

Après ce discours, frénétiquement applaudi de l'assemblée entière, le reste de la matinée fut employé à la visite du Musée, où, sous la conduite de son aimable conservateur, M. Pommier, nous pûmes, à loisir, admirer sa riche collection de toiles espagnoles et de peintures françaises des XVII^e et XVIII^e siècles.

L'après-midi fut tout entier consacré à l'exposé et à la discussion de l'important rapport de V. Parant sur les fugues.

M. V. Parant sépare les fugues en deux grandes catégories : les fugues ayant des caractères particuliers et en quelque sorte spécifiques et les fugues banales dans leurs manifestations.

I. Les FUGUES SPÉCIFIQUES comprennent plusieurs variétés :

a. La *fugue mélancolique* naît d'un accès d'angoisse; son début est d'ordinaire brusque et fortuit : c'est un raptus mélancolique, une réaction de l'angoisse.

b. La *fugue onirique*, dont le type est celle de l'alcoolique, dérive en premier lieu de l'instabilité motrice de l'intoxiqué chez lequel va se développer ensuite un sentiment d'inquiétude et finalement apparaît le délire onirique avec son cortège hallucinatoire, son anxiété, ses raptus panophobiques. La fugue onirique est une fugue par terreur, une fugue d'angoisse, souvent terminée par un suicide impulsif ou par un appel protecteur désespéré. On la rencontre dans les diverses intoxications exo ou endogènes, auto-intoxication par insuffisance hépatique, hétéro-intoxication par l'éther, la cocaïne, le hachich, infection typhique, pneumococcique, puerpérale, etc.

c. La description de la *fugue épileptique* vient d'au-

tant mieux après celle de la fugue onirique que certaines fugues épileptiques semblent n'être cliniquement que des fugues confusionnelles, tout à fait comparables à celles des alcooliques. Sa compréhension prête à maintes discussions, car l'état de la conscience et de la mémoire est loin d'être univoque dans tous les cas et sa différenciation diagnostique de la fugue hystérique est souvent des plus délicates.

Laissant de côté l'épilepsie procursive, Parant décrit trois formes de fugues épileptiques : celle de l'épileptique en état d'excitation maniaque ou de fureur, celle de l'épileptique vertigineux, enfin le « vagabondage impulsif » de Pitres. Sans vouloir se prononcer catégoriquement, Parant laisse entendre qu'il rejette du cadre de l'épilepsie la fugue prolongée, subconsciente et remplie d'actes bien coordonnés, pour la ranger plutôt dans l'automatisme ambulatorio hystérique.

d. La fugue impulsive et démentielle de la démence précoce serait également une fugue spécifique. Le rapporteur estime que dans la démence précoce dégagée de tout épisode surajouté, il existe des fugues dont la pathogénie doit être attribuée à cette seule démence et dont le diagnostic peut être fait d'après les caractères qui lui sont propres. Les fugues des déments précoces, dit-il, « ont deux caractères principaux : elles sont impulsives et, étant inadéquates au motif invoqué par leur auteur pour les justifier, elles sont démentielles ».

e. La fugue dromomaniaque est celle qui résulte d'une impulsion, obsédante ou non. La fugue obsédante est rare ; du moins, peu d'observations en ont été publiées. La fugue impulsive, au contraire, est très fréquente ; ses conditions psychologiques ne diffèrent guère, d'ailleurs, de celles de l'impulsion obsédante, l'absence de tout sentiment anxieux étant le caractère différentiel le plus frappant. L'impulsif psycho-moteur, comme l'im-

pulsif psychique, a conscience de son état, sait l'analyser et reconnaître le parasitisme de son impulsion : « Son impulsion lui paraît un acte étranger à lui-même, supérieur à sa volonté ; il y assiste comme du dehors... Les fugues par impulsion psycho-motrice sont des fugues d'un réflexe inférieur, auxquelles la volonté n'a aucune part et qu'elle ne peut même pas empêcher. Elles se passent devant la conscience du sujet, auquel elles paraissent étrangères ; le déclenchement en est brusque, comme automatique. »

Ces impulsions dromomaniaques sont à distinguer des fugues de l'enfant normal entraîné par la curiosité, l'imagination ou l'attraction des émotions, de celles du débile — fugues par caprice, par entraînement, attraction ou irréflexion, par simple besoin de marcher ou instinct sexuel, — des déplacements impulsifs des déambulateurs de Pitres, des instables hypocondriaques ou psychasthéniques, des mythomanes errants, fabulants actifs de Dupré et Trannoy, des vagabonds fantaisistes de Marie et Meunier, des paranoïaques ambulants de Joffroy et Dupouy, etc., enfin des allégations d'inculpés simulateurs.

A côté des fugues dromomaniaques se placent les *fugues associées* et les *fugues par ricochet*, c'est-à-dire « celles qui viennent en aide à d'autres impulsions ou leur sont associées, et celles qui naissent en contre-coup ou parfois comme un acte de défense en face d'une obsession envahissante ».

f. La fugue des états seconds est surtout représentée par la *fugue hystérique*, trop connue de tous pour que nous insistions sur ses caractères. « La fugue dans l'hystérie est fonction d'une des variétés de somnambulisme, état qui comporte non une destruction de la personnalité et de la volonté comme les états démentiels, mais un dédoublement. »

L'état second alcoolique est pour certains un somnambulisme exclusivement toxique, alors que, pour d'autres auteurs, il ne serait que le produit d'une association hystéro-toxique.

La *fugue traumatique* est rare, et, de l'aveu du rapporteur, doit probablement être mise sur le compte de l'hystéro-traumatisme.

g. Nous arrivons enfin à la *fugue raisonnée et systématisée*. Celle-ci s'observe surtout chez les délirants persécutés et suivant un déterminisme varié. Le plus habituellement acte de défense, la fugue du persécuté est surtout liée à l'existence d'hallucinations de l'ouïe, tantôt agressives, tantôt défensives, conseillères, voire impératives.

Le persécuté, cependant, offre une autre variété de fugues se rapprochant de celle du mélancolique : c'est la fugue par raptus dont les allures anxieuses et désordonnées sont très différentes de celles de la fugue systématisée. Celle-ci se rencontre fréquemment aussi chez le paranoïaque persécuteur (qui, à l'inverse du persécuté, n'est pas un halluciné mais un interprétatif).

Les autres délirants, mystiques, mégalomanes, peuvent être également conduits par suite de leur délire à une fugue systématisée dont les caractères sont : « une préparation méthodique, parfois très longue, une persévérance très grande dans l'accomplissement, une durée qui peut aller à plusieurs années, l'adaptation facile aux événements et circonstances extérieurs, enfin une fixité très marquée de l'idée dominante ».

II. Les FUGUES BANALES se rencontrent :

Dans la paralysie générale : fugues par suractivité intellectuelle ou motrice, revêtant parfois les allures d'un pur automatisme ; fugues érotiques, fugues délirantes, évasions. Ce sont là des fugues démentielles por-

tant plus ou moins le cachet de la confusion, de l'amnésie et de l'agnosie.

Dans la démence sénile : fugues reconnaissant généralement à leur base la déchéance des facultés intellectuelles, affectives, morales et volontaires, déchéance qui aboutit à une véritable dépersonnalisation caractérisée spécialement par l'amnésie et la diminution de la volonté. On peut distinguer des fugues amnésiques, pouvant naître de la topoagnosie, des fugues par suractivité motrice comparables à celles, analogues, de la paralysie générale, des fugues par automatisme, des fugues délirantes.

Dans l'excitation maniaque et plus particulièrement dans l'hypomanie, délirante ou non, les fugues sont dues beaucoup plus au besoin de déplacement qu'aux projets brillants qui les agrémentent et qui n'en sont que le revêtement extérieur ; la fugue érotique n'est pas exceptionnelle.

Chez les idiots et les imbéciles, les fugues sont aussi fréquentes chez ceux-ci que rares chez les premiers.

Il faut enfin citer parmi les fugues banales les *fugues à deux*, les *évasions collectives*, les *fugues de l'enfant normal et pathologique*.

De toutes ces fugues, aucune ne peut servir à la création d'une nouvelle entité nosologique. Les fugues spécifiques elles-mêmes, les plus chargées en attributs personnels, sont le produit non d'une psychose déterminée, psychose périodique, délire de persécution, délire alcoolique, hystérique, etc., mais simplement d'un syndrome, syndrome mélancolique, onirique, impulsif. Il y a donc, conclut fort justement Parant, non pas la fugue de la mélancolie ou du délire de persécution, « il y a la fugue mélancolique qui se présentera de façon identique et avec une même pathogénie dans la dépression simple, dans la mélancolie d'involution, dans le

délire des négations, dans la dépression due à des intoxications ou à des affections organiques diverses ; il y a la fugue onirique, dont l'origine hallucinatoire est évidente, quelle que soit l'intoxication étiologique, etc... »

Le côté clinique de la question étant épuisé, le rapporteur propose la définition suivante de la fugue morbide : *tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental*, définition qui placerait la fugue entre l'automatisme et le vagabondage pour lequel Parant accepte la définition donnée par Bailleul au Congrès de Clermont-Ferrand.

Dans un dernier chapitre sont passés en revue les principaux *actes liés aux fugues*, suicide (parfois précédé de meurtre) du mélancolique, violences terribles de l'onirique poursuivi par des hallucinations terrifiantes, impulsions désordonnées et sauvages de l'épileptique. « Chaque espèce de fugue peut se montrer escortée d'actes pathologiques, qui en augmentent l'intérêt clinique et médico-légal, parmi lesquels les uns ne sont, comme certaines fugues, que des actions banales, suite de la démence, de l'automatisme, de la surexcitation motrice, et d'autres revêtent un aspect spécifique nettement symptomatique d'un délire ou d'un état de conscience déterminé. Il est de ces actes dont l'appareil domine la fugue au point de la dissimuler, tandis que d'autres sont pour elle un simple adjuvant ou un épisode secondaire. »

La discussion s'ouvre aussitôt. M. R. Dupony fait la remarque que si la fugue mélancolique est une fugue anxieuse, elle est aussi une fugue délirante, et il critique quelque peu la définition du rapporteur, qui ne lui semble pas englober tous les cas de fugue, de même qu'elle risque de comprendre des actes qui ne sont nullement des fugues.

M. Régis, après quelques considérations préliminaires

sur la fugue féminine, la fugue mélancolique, la fugue hallucinatoire onirique, prenant pour type des fugues des persécutés mélancoliques, le cas de J.-J. Rousseau, fait une magistrale description de la « manie ambulante » de ces malades comportant elle-même deux variétés, la fugue impulsive simple et la fugue impulsive à déterminisme délirant.

MM. Benon et Froissart lisent une note sur le diagnostic et la limitation de l'état de fugue. M. R. Cruchet fait à son tour une communication des plus intéressantes sur les fugues de l'enfant, dont l'étude est des plus utiles pour comprendre celles de l'adulte. M. Hanry dresse, dans une revue de séméiologie, le bilan des fugues militaires qu'il a observées. M. Lalanne insiste sur le rôle des sentiments affectifs dans la fugue des mélancoliques. La liste des interpellateurs étant close, M. Parant leur répond très aimablement et la séance est levée.

Après dîner, réunion dans les jardins de l'Hôtel de Ville, brillamment illuminés, où l'on put à loisir prendre le frais en écoutant les mélodieuses ondes sonores d'un orchestre voisin.

3 août. Séance chargée, en grande partie prise par l'étude de cette question palpitante d'intérêt des aliénés dans l'armée et pour laquelle deux rapporteurs avaient été désignés, MM. Granjux et Rayneau.

M. Granjux traite la question de l'aliénation mentale dans l'armée au point de vue strictement militaire. Il établit, à l'aide des statistiques officielles, que le nombre des aliénés dans l'armée est au minimum de 0,6 p. 1000 avec une *forte proportion chez les engagés par rapport aux appelés*. Les troupes coloniales, d'autre part, sont plus éprouvées que les troupes métropolitaines; les régiments étrangers et les compagnies de discipline encore davantage. « On constate toujours

la prédominance de l'aliénation mentale dans les corps d'épreuve et établissements pénitentiaires. »

M. Granjux insiste avec raison sur la manière dont les aliénés entrent dans l'armée et montre que ce sont principalement les engagés et les « bons absents » qui ouvrent dans l'armée la porte à l'aliénation mentale. Il donne les raisons de la plus grande fréquence des malades dans les régiments étrangers, les corps d'épreuve et les établissements pénitentiaires.

Le rapporteur recherche ensuite les mesures qui seraient capables d'arrêter les aliénés avant leur entrée dans l'armée, ainsi que les moyens pouvant permettre de dépister à l'incorporation et, après elle, les malades dont les psychoses ont échappé lors de l'incorporation ou apparu depuis cet examen.

1° *Arrêt des aliénés avant leur entrée dans l'armée.* — A. *Conseil de revision.* Les aliénés, les idiots, imbeciles et arriérés moyens signalés au conseil de revision par l'autorité administrative, pourraient de la sorte être réformés d'emblée.

B. *Engagement volontaire.* L'exigibilité, de la part d'un individu voulant contracter un engagement volontaire d'un certificat médical constatant qu'il ne présente pas de troubles cérébraux caractérisés, empêcherait l'intrusion dans l'armée de bon nombre de psychopathes.

2° *Dépistage des aliénés à l'incorporation.* — La visite médicale d'incorporation doit servir à dépister les dégénérés mentaux, soit par la découverte immédiate d'une tare psychique importante, soit par la recherche des stigmates physiques et du tatouage, qui sont autant de présomptions en faveur d'un déséquilibre psychique. Les illettrés, les bons absents et les « Joyeux » doivent plus particulièrement être examinés au point de vue mental.

3° *Dépistage des aliénés après l'incorporation.* — La difficulté ne gît pas dans les cas qui apparaissent après les maladies ou les accidents, c'est-à-dire quand le patient est soumis à l'observation des médecins, mais dans l'appréciation des actes des dégénérés psychiques, dans les cas de démence précoce ; d'où la nécessité pour l'officier de posséder quelques notions de psychiatrie courante qui lui permettraient de procéder à un examen psychologique des hommes placés sous son commandement. Les « *candidats aux conseils de discipline* » devraient être soumis à un examen médico-légal.

4° *Dépistage des aliénés aux conseils de discipline et de guerre.* — La nécessité de l'examen mental des militaires en prévention de conseil de discipline ou de guerre, pratiqué avec la collaboration de l'aliéniste et du médecin militaire, éviterait la condamnation d'un malade ; mais il importe avant tout, doit-on demander avec Régis, « que le médecin militaire soit aussi familiarisé avec les tares psychiques qu'avec les tares physiques, et qu'il sache distinguer un débile d'esprit ou un prédélirant, comme il sait distinguer un débile de corps ou un pré tuberculeux ».

Étant donné enfin que toute campagne est, pour certains prédisposés, l'occasion de troubles mentaux, il y a lieu de se préoccuper de ces malades spéciaux, souvent dangereux, et de préparer l'*assistance psychiatrique* pour les troupes en campagne.

M. Granjux termine son excellent rapport par une série de vœux qui en sont les conclusions logiques.

M. Rayneau traite le côté clinique et médico-légal de cette question si importante des aliénés dans l'armée. Il y a, en effet, « un intérêt de premier ordre, d'abord, à empêcher l'incorporation de tous les tarés psychiques susceptibles de pénétrer dans l'armée par engagement volontaire ou par voie d'appel, et, ensuite, à éliminer le

plus rapidement possible ceux dont l'affection mentale a pris naissance ou s'est développée au régiment ».

Dans le premier chapitre, le rapporteur après quelques considérations générales s'appliquant à la délinquance militaire (inadaptabilité constitutionnelle de certains individus aux exigences du métier de soldat, rôle de la fatigue, du surmenage physique et intellectuel, de l'alcoolisme, des infections, auto-intoxications de toute nature, des traumatismes divers dans la genèse des troubles mentaux chez les militaires, mais surtout influence primordiale de la prédisposition spéciale, de la dégénérescence mentale, de la déséquilibration psychique originelle), passe en revue les crimes et délits de droit commun (relativement rares et n'offrant aucun intérêt particulier), ainsi que les fautes, crimes et délits militaires, le plus souvent jugés par les conseils de discipline et les conseils de guerre (insoumission, absences illégales, abandon de poste, désertion, fugues de toute sorte, sommeil en faction ou en vedette, indiscipline habituelle, insubordination, refus d'obéissance, voies de fait, révolte). Il signale à ce propos les formes mentales les plus fréquentes dans chaque cas (états dégénératifs variés, démence précoce, etc.).

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des principales affections mentales qui nécessitent la mise en non-activité, la retraite ou la réforme. La question des psychoses traumatiques est certainement une des plus importantes, mais aussi des plus délicates à résoudre, et le problème difficile de l'authenticité d'une paralysie générale traumatique est, trop souvent peut-être, posé à l'expert militaire. Les psychoses d'épuisement qui s'observent dans les armées en campagne paraissent dues à des processus d'auto-intoxication.

Le troisième chapitre traite l'épineuse question de la simulation et de la dissimulation de la folie. Le rappor-

teur estime que la simulation doit être aujourd'hui considérée comme exceptionnelle, la simulation de la folie étant elle-même une manifestation morbide, et la démonstration patente de la fraude n'excluant pas un désordre réel de l'esprit. Il n'y aurait pour ainsi dire pas de simulateurs, mais seulement des *sursimulateurs*. Quant à l'automutilation, qui est une sorte de simulation, l'on peut dire d'elle, quel que soit le motif apparent qui la provoque, qu'elle est la conséquence d'un état psychopathique.

Dans le quatrième chapitre, M. Rayneau indique dans quelles occasions s'impose une expertise mentale, par qui elle doit être pratiquée, où et comment. Il insiste tout particulièrement et avec beaucoup de raison sur la *vérification cérébrale* que l'on devrait exiger de tout *engagé volontaire*.

La discussion de ces deux rapports devait être des plus importantes. M. Simonin émet de judicieuses considérations au point de vue de l'expertise psychiatrique dans l'armée et salue l'avènement des futurs experts officiels psychiatriques, à la création et à l'instruction desquels il faut se dévouer. M. Roubinovitch, dans une communication très documentée et du plus haut intérêt, fournit des renseignements sur la guerre russo-japonaise qui démontrent la nécessité de la création d'une assistance psychiatrique pour les armées en campagne. Les troubles mentaux observés dans les troupes russes relevaient surtout de l'alcoolisme, ensuite de la démence précoce, de l'épilepsie et de la paralysie générale, et la majeure partie des malades n'étaient que des psychopathes récidivistes qui auraient dû être depuis longtemps éliminés de l'armée. M. Haury donne de nombreux exemples d'indiscipline morbide; les indisciplinés militaires ne sont le plus souvent des délinquants que parce qu'ils sont malades et méconnus tels.

Il a lui-même, par le plus grand des hasards, retrouvé un certain nombre des déserteurs de son régiment internés dans un asile d'aliénés en pays étranger. M. R. Mabilie présente une note sur les aliénés militaires observés à l'asile de Lafond pendant une période de dix années. L'on sait, en effet, que cet asile reçoit les aliénés des armées de terre et de mer et, en outre, les disciplinaires de l'île d'Oléron.

M. Régis fait ensuite, avec la maîtrise qu'on lui connaît, une véritable leçon didactique sur l'aliénation mentale dans l'armée. Il passe successivement en revue l'alcoolisme, souvent acquis par le séjour aux colonies, et s'élève éloquemment contre la thèse de l'aggravation de la fante par l'alcoolisme qui l'a provoquée : ne s'alcoolise pas qui veut, le rôle de la prédisposition psychopathique chez les alcooliques est considérable, comme maintes fois celui de la fatigue dans l'alcoolisation ; l'ivresse est alors une ivresse pathologique entraînant l'irresponsabilité. Il dénonce le rôle de la syphilis contractée pendant le service militaire dans l'éclosion future des affections parasymphilitiques, de la paralysie générale principalement. Il estime avec les rapporteurs la simulation exceptionnelle, souligne l'importance du signe du regard, qui fait, insaisissable, et met en garde l'expert contre les aveux de simulation émis par un aliéné. Il étudie enfin les mesures à prendre pour éliminer les non-valeurs mentales, soumettre les inculpés à l'expertise psychique, créer un enseignement psychiatrique militaire qui donne naissance à des experts spécialisés et inculque, d'autre part, quelques élémentaires notions de psychologie morbide à nos officiers et sous-officiers.

M. Jude expose la nécessité de l'examen mental dans les contingents d'Afrique pendant le premier mois de l'incorporation et de l'établissement d'une fiche spéciale

par un psychiatre militaire. Après quelques mots de M. Parant sur les aliénés militaires agités et l'utilité d'une chambre pour agités dans les hôpitaux militaires; de M. Doutrebenté, combattant le certificat demandé au médecin de la famille de l'engagé militaire, et de M. Blondel, exprimant la crainte que les sous-officiers ne soient incapables de recevoir aucun enseignement psychiatrique et que les officiers ne dissimulent leur ignorance réelle de la médecine mentale derrière des termes scientifiques qu'on leur aura appris et ne prétendent discuter avec les médecins, les deux rapporteurs répondent aux objections posées et M. Vallon fait adopter le renvoi de leurs conclusions à une Commission composée de MM. Granjux, Rayneau, Régis, Simonin et Jude, conclusions qui seront soumises au vote du Congrès.

Et la séance continue.

Le professeur Gilbert Ballet ouvre le feu des communications diverses. Il expose une schématisation et une nomenclature nouvelles des formes mixtes de la psychose périodique, formes mixtes de Kraepelin qui ne sont ni la manie ni la mélancolie, mais qui tiennent des deux. La manie étant essentiellement caractérisée par trois symptômes : l'exagération des mouvements, la fuite des idées et l'optimisme ou hyperthymie ; la mélancolie par les trois antagonistes : l'inhibition motrice, l'arrêt ou le ralentissement des représentations mentales et l'humeur triste, on peut, en groupant deux éléments d'une psychose avec un troisième de la seconde, obtenir six combinaisons d'états mixtes : ce sont les seules que l'on puisse rencontrer.

M. Anglade vient affirmer la fréquence de ces états mixtes jetés autrefois au compte des états polymorphes de la dégénérescence mentale. M. Deny présente une autre figuration schématique des états mixtes de la

psychose périodique; mais la base de cette schématisation et la nomenclature sont identiques à celles de M. Ballet.

M. Vallon fait remarquer avec M. Dénv que la conception des psychoses périodiques reprise aujourd'hui par l'école allemande remonte en réalité aux auteurs français, à J.-P. Falret et à Baillarger.

MM. Dénv et René Charpentier montrent les rapports des obsessions avec certains états mélancoliques et surtout avec ceux ressortissant à la psychose périodique. A ce sujet, M. Gilbert Ballet soutient qu'un très grand nombre d'obsédés appartiennent au cadre des mélancoliques, des périodiques, devant être ainsi rayés de celui de la psychasthénie. La dipsomanie, notamment, n'est pas une obsession dégénératrice; elle est du domaine de la psychose périodique. M. Régis, pour qui la dipsomanie est non une obsession mais une impulsion, distingue l'obsession et les états obsédants, l'une syndrome, les autres seulement symptômes accessoires. Il ne comprend pas l'obsession intermittente, mais continue. Il peut, de même, difficilement admettre certains états mixtes tels que la dépression mélancolique avec satisfaction ou euphorie.

M. Dénv défend avec ardeur la théorie kraepelinienne et fait remonter la conception de la psychose maniaque-dépressive à Morel qui, le premier, a soutenu que manie et mélancolie n'étaient que les deux symptômes d'une seule et unique maladie nerveuse.

M. Kahn apporte une observation de cyclothymie avec obsessions et estime qu'il faut distraire de la psychasthénie certains syndromes obsédants ou phobiques qui se greffent sur le déséquilibre fondamental préexistant à la psychose maniaque-dépressive. M. Dupré a vu des cas analogues à ceux rapportés, des accès intermittents de dépression psychique à forme nettement et

purement obsédante. M. Vallon, enfin, rappelle le caractère périodique de la dipsomanie mis en évidence par la définition de Ball : le dipsomane boit quand son accès le prend.

Autres communications : M. Simonin. Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire. — Discussion : MM. Dupré et Cruchet.

M. Chavigny. Précocité des réactions psychopathiques dans le milieu militaire.

M. Bombart. Guérison de 4 cas de neurasthénie par injections d'une antitoxine cérébrale.

4 août. Le matin, visite de l'asile d'aliénés de Nantes, sous la direction de son médecin en chef, M. Biate, assisté de son médecin adjoint, M. Latapie, et escorté des membres de la commission administrative et des représentants de la municipalité.

L'après-midi, rapport de neurologie : Les chorées chroniques, par M. P. Sainton.

M. Sainton, après un historique des plus intéressants du mot *chorée*, adopte la définition de Brissaud : *La chorée consiste en des mouvements involontaires survenant sans but et en apparence sans cause pendant le repos, comme pendant l'action, par conséquent illogiques et maladroits*, définition à laquelle il ajoute la notion de la *rapidité* des mouvements. Cette définition permet de distinguer les chorées des mouvements athétosiques, des tics, des mouvements myocloniques, des mouvements rythmiques d'origine hystérique, etc.

Le rapporteur passe ensuite rapidement en revue les diverses chorées chroniques : la *chorée héréditaire de Huntington*, dont les trois points particuliers sont, d'après la description de Huntington lui-même, la nature héréditaire, la tendance à la folie et au suicide, la manifestation tardive dans l'âge adulte comme une

maladie grave ; la chorée chronique sans hérédité, chorée chronique progressive, dont la chorée de Huntington ne constituerait qu'une variété familiale au point de vue clinique comme au point de vue anatomo-pathologique ; la chorée de Sydenham passée à l'état chronique ; la chorée chronique des vieillards (hémichorée symptomatique) ; les chorées chroniques de l'enfance que l'on peut ainsi classer : chorée de Huntington héréditaire et progressive, débutant dans l'enfance ; chorée de Sydenham passée à l'état chronique ; chorée chronique non progressive comprenant probablement les cas d'idiotie avec mouvements choréiformes ; la chorée variable des dégénérés de Brissaud. A côté des chorées chroniques, enfin, il faut placer les syndromes choréiformes et les hémichorées symptomatiques chroniques.

Du chapitre anatomo-pathologique se dégage cette conclusion, c'est que les lésions qui président à la chorée chronique sont mal connues et que les altérations du système nerveux trouvées à l'autopsie sont assez diverses. On rencontre le plus souvent de l'encéphalite, mais tantôt circonscrite, corticale ou sous-corticale, et tantôt interstitielle et diffuse, avec tantôt infiltration leucocytaire et tantôt prolifération névroglique ; d'autres fois, enfin, la lésion initiale semble être une sclérose vasculaire capable d'entraîner une lésion secondaire des fibres et des cellules qui s'atrophient. La note caractéristique de l'anatomie pathologique est cependant l'importance prédominante des altérations corticales ; par contre, le processus capable d'engendrer la chorée est certainement variable et dû à une lésion dégénérative, inflammatoire ou vasculaire. Quant à la cause de l'origine familiale de la chorée, elle semble résider dans une véritable sénescence prématurée, dans une dégénération lente et progressive, soit primitive, soit secondaire, de la cellule.

Dans un aperçu de pathologie générale qui termine son rapport, M. P. Sainton range la chorée progressive « à côté de toutes ces affections où les signes moteurs s'accompagnent de troubles mentaux », et il ajoute : « à notre gré, on n'a pas assez insisté sur *la liaison qui existe entre le trouble mental et le trouble moteur* ». Nous sommes entièrement de l'avis du rapporteur, mais nous lui reprocherons de ne pas citer le nom du premier défenseur de cette idée des associations morbides musculo-psychiques, notre maître Joffroy, qui rangeait précisément la chorée de Huntington dans son groupe des « *myopsychies* ».

Les conclusions du rapport sont les suivantes : « Le terme de chorée doit être limité aux affections caractérisées par des *mouvements anormaux, rapides, illogiques, maladroits, continus, généralisés habituellement, disparaissant pendant le sommeil*. La chorée rythmique est éliminée par cette définition du cadre, trop étendu jadis, des chorées ; elle a sa place dans les mouvements rythmiques d'origine hystérique.

« Les chorées chroniques comprennent plusieurs espèces : 1° la chorée chronique progressive, dont la variété familiale et héréditaire est constituée par la chorée de Huntington ; 2° la chorée de Sydenham, passée à l'état chronique ; 3° la chorée variable des dégénérés. La chorée de Sydenham et la chorée de Huntington, syndromes distincts, quoique voisins, peuvent se montrer successivement chez le même sujet.

« A côté des chorées proprement dites existe une série de syndromes choréiformes, symptomatiques, dont l'un des plus importants est l'hémichorée symptomatique.

« Les lésions des chorées chroniques progressives, qu'elles soient héréditaires ou non, sont identiques ; elles

relèvent de processus méningo-encéphaliques chroniques. Les altérations portent surtout sur les circonvolutions, qui sont atrophiées; les cellules cérébrales sont dégénérées, la névroglie prolifère, les vaisseaux sont sclérosés, il peut y avoir infiltration leucocytaire abondante péri-vasculaire et intra-corticale. Les lésions prédominent suivant les cas sur les éléments cellulaires, névrogliques ou vasculaires. Elles peuvent coexister. Les lésions des autres parties du système nerveux sont irrégulières, inconstantes et mal connues.

« Les chorées chroniques constituent des syndromes physiologico-pathologiques dont la résultante est l'indépendance des centres automatiques, quel que soit le processus initial, dégénératif, inflammatoire ou vasculaire. Ce sont des syndromes organiques.

« Les chorées chroniques doivent prendre place dans les syndromes nerveux à mouvements anormaux et à troubles mentaux; elles sont un des échelons de cette série qui s'étend de l'épilepsie et de l'athétose aux myoclonies et aux tics. La chorée des dégénérés constitue la transition entre ces syndromes, reconnaissant à leur origine un trouble profond dans le fonctionnement de la cellule corticale ou de ses dépendances physiologiques. »

Pour illustrer son exposé clinique, anatomo-pathologique et diagnostique, M. Sainton a eu l'excellente idée de faire des projections photographiques et cinématographiques. C'est là une innovation des plus heureuses et qui fut fort goûtée de tous les congressistes. Il est à souhaiter que ce procédé lumineux d'exposition se renouvelle en d'analogues circonstances.

M. Anglade apporte, aussitôt après, une observation tout à fait intéressante de chorée chronique, cas-type dans lequel il a trouvé des lésions banales de méningo-encéphalite comparables à celles de la paralysie générale et des lésions plus particulières de prolifération névro-

glique au niveau des parois ventriculaires et des noyaux gris de la base englobés dans un processus scléreux diffus et généralisé. M. Cruchet a constaté que les choréiques pouvaient, sous l'empire, par exemple, d'une émotion, retenir leurs mouvements quelques instants, mais beaucoup moins que les tiqueurs. Il estime que les « rythmies » sont loin d'être toujours hystériques et se demande si certains torticolis spasmodiques et familiaux ne seraient pas des mouvements choréiques chroniques localisés aux muscles du cou.

MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine versent au débat l'observation d'une chorée chronique avec encéphalite interstitielle chronique diffuse, médullite et péri-médullite interstitielle chronique. M. Vigouroux rapporte, de même, un cas de chorée chronique progressive sans hérédité similaire avec lésions diffuses des méninges et de l'écorce cérébrale et, en plus, lésions symétriques des olives cérébelleuses. M. Thomas fait un parallèle des plus suggestifs entre la chorée de Huntington et la chorée de Sydenham. Il distingue dans la chorée deux ordres de troubles des mouvements : des mouvements désordonnés pouvant disparaître momentanément par la volonté et des secousses, lesquelles ne disparaissent pas, sont surtout localisées aux muscles de l'épaule et peuvent persister après la guérison de la chorée. Il estime, étant données les très grandes analogies entre les deux chorées, que la chorée de Sydenham est non une névrose, mais un syndrome relevant d'une lésion organique.

M. Cullerre montre, à l'aide de plusieurs observations cliniques, le polymorphisme des troubles mentaux dans la chorée chronique (excitation plus ou moins violente et cyclique, mythomanie, fabulation, confusion mentale post-paroxystique, délire de persécution puéril avec crises de confusion mentale hallucinatoire ana-

logues à celles de l'alcoolisme), greffés toujours sur un fond de démence relative mais progressive. M. Long a vu des cas de chorée chronique évoluer malgré un âge avancé avec des symptômes mentaux très bénins. M. Dupré insiste sur le rôle pathogénique de l'émotion dans l'éclosion de la chorée. Les malades entrant dans la chorée chronique par une vive émotion, il est impossible d'invoquer pour expliquer l'apparition soudaine de la chorée tout le cortège des altérations rencontrées à l'autopsie, altérations d'ailleurs essentiellement polymorphes et manquant de toute spécificité. La chorée chronique relèverait d'un déséquilibre particulier de la motilité dû à un trouble de l'inhibition musculaire ; elle ne serait qu'un mode de la pathologie de la motilité. Pour M. Crocq, il ne faut pas confondre lésion et perturbation. Il y a dans la chorée de Sydenham perturbation momentanée du faisceau pyramidal, mais non lésion organique. M. Crocq ne peut accepter que la chorée de Sydenham soit due à une lésion du système nerveux, comme tend à l'admettre M. Thomas. Après un échange rapide de vues entre MM. Crocq et Thomas à ce sujet et quelques mots de M. Meige sur l'hypotonie musculaire des choréiques dont les bras sont ballants en dehors de leurs mouvements pathologiques, M. Sainton répond à ses argumentateurs.

- Autres communications : M. Rob. Mabilie. Chorée et troubles mentaux héréditaires.

MM. Rousset et Giraud. Destruction du cervelet sans symptômes cérébelleux.

Giraud et Genty. Flocculus et vision (atrophie du flocculus chez les idiots aveugles, intégrité chez les non-aveugles).

M. Maurice Faure. Suites éloignées de la rééducation motrice dans le traitement des maladies organiques de la moelle.

MM. C. Parhon et G. Dumitresco. Nouvelles recherches sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans la tétanie expérimentale à la suite de la thyro-parathyroïdectomie.

M. C. Parhon. Recherches anatomo-pathologiques sur l'état des glandes endocrines (thyroïdes, testicules, surrénales, parathyroïdes), dans un nouveau cas de rhumatisme chronique.

Après photographie du Congrès, celui-ci se réunit en assemblée générale et vote successivement un vœu conclusionnel de la discussion engagée sur les aliénés dans l'armée et préconisant surtout des mesures prophylactiques, un vœu demandant aux pouvoirs publics l'interdiction de l'absinthe et des liqueurs similaires, enfin, et par acclamation, l'envoi d'un télégramme de sympathie à M. Girard, l'un des fondateurs du Congrès, auquel pour la première fois, il a manqué, retenu chez lui par la maladie.

Puis on accepte avec enthousiasme l'invitation formulée par M. Crocq de venir l'an prochain à Bruxelles. Le Congrès de 1910 aura donc lieu en août en Belgique, il se tiendra à Bruxelles et Liège.

Les vœux sont ainsi conçus : Le XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes... émet les vœux suivants :

I. *Au sujet des appelés.* Que l'instruction ministérielle publiée chaque année à l'occasion des conseils de revision oblige :

a. L'administration préfectorale à faire connaître à ce conseil les noms des conscrits qui auraient été l'objet de placements dans les établissements publics ou privés consacrés au traitement des affections mentales.

b. Les maires et les chefs de brigade de gendarmerie à signaler les appelés notoirement déséquilibrés.

II. *Au sujet des engagés.* Que nul ne soit admis à

contracter un engagement s'il n'est muni des pièces suivantes :

a. Un certificat constatant qu'il ne présente aucun état mental morbide, certificat-établi par un médecin, de préférence celui de la famille.

b. Le dossier scolaire visé par le maire.

L'acceptation ne sera prononcée qu'après l'examen personnel du médecin militaire du recrutement qui est l'expert de l'armée.

III. Que le dossier de tout militaire traduit devant le conseil de discipline ou de guerre comprenne un certificat du médecin du corps constatant l'état de son psychisme et que, dans tous les cas où il paraîtra y avoir lieu, l'expertise médico-légal soit ordonnée.

IV. Que l'on perfectionne l'instruction psychiatrique des médecins militaires par l'extension donnée à cet enseignement dans les facultés de médecine, les écoles du service de santé et dans les écoles d'application des armées de terre et de mer.

V. Qu'on prépare des médecins militaires spécialistes ou spécialisés en psychiatrie, destinés à assurer les expertises mentales délicates dans chaque chef-lieu de corps d'armée.

VI. Qu'on admette en principe que le service psychiatrique dans l'armée, en temps de paix comme en temps de guerre, ne peut être complètement assuré que par la collaboration intime des aliénistes professionnels et des médecins militaires.

Le Congrès....., considérant l'influence considérable de l'absinthe dans la production de l'aliénation mentale et la nécessité de protéger la race;

Considérant l'inefficacité de demi-mesures, et en présence de l'exemple des pays voisins de langue française (Suisse, Belgique);

Émet le vœu que le projet de loi en préparation au

Sénat interdise la fabrication, le transport et la vente de l'absinthe et des liqueurs similaires, et soit promptement voté.

Les présidents seront : pour la France, M. Klippel, pour la Belgique, M. Crocq ; les vice-présidents, MM. Deny et Glorieux ; le secrétaire général, M. de Croly.

Après maintes délibérations, on adopte pour sujets de rapports les questions suivantes :

La maladie du sommeil et les narcolepsies. Rapporteurs : MM. X...

Systématisation des lésions cutanées dans les maladies mentales et nerveuses. Rapporteurs : MM. Lhermitte et X...

Alcoolisme et criminalité. MM. René Charpentier et Ley.

On décide en dernier lieu d'écouter les offres aimables de M. Porot et de faire siéger le Congrès suivant à Tunis en avril 1911 (au moment de Pâques). Président : M. Deny ; secrétaire général : M. Porot.

Rapports : Les perversions instinctives. M. Dupré. — Les complications nerveuses et mentales du paludisme. M. X..., médecin militaire ou colonial. — L'assistance des aliénés aux colonies. M. X...

Cette laborieuse journée se termina de la manière la plus heureuse par la réception offerte par le président et les membres du Congrès, au cours de laquelle on toasta avec entrain aux succès de la Nantes future et des Congrès de demain.

5 août. Journée superbement ensoleillée et tout entière consacrée au tourisme ; journée de repos, largement méritée et constituant une hygiénique trêve aux absorbants travaux des jours précédents ; journée remplie par une admiration et un enthousiasme sans cesse croissants malgré la différence des objets qui éveillèrent successivement ces deux sentiments. Ce fut d'abord

l'excursion à Clisson, le pittoresque aspect des bords de la Sèvre, la vue des ruines imposantes de l'antique château évoquant tant de souvenirs historiques..., puis les deux discours de notre président Vallon et du D^r Simonin scellant la fraternelle union, désormais indissoluble, des aliénistes civils et des psychiatres militaires... « Nous n'avons pas tardé, s'écriait le D^r Simonin, à comprendre, grâce à votre si cordial accueil, que d'autres liens empruntés à une mutuelle et sympathique estime étaient en voie de nous réunir d'une façon beaucoup plus étroite et je ne saurais vous dire combien nous avons trouvé touchant le geste si largement fraternel avec lequel vous nous avez tendu la main.

« Nous sommes, en effet, quelque peu les vagabonds de la profession médicale; j'allais dire, en cédant à l'ambiance du milieu, les fugueurs périodiques! Ballottés, au gré des multiples et successifs emplois de notre carrière, des cimes neigenses des Alpes aux confins brûlants et désolés du Sahara, il nous arrive trop rarement, hélas! de déposer un instant le bâton du voyageur au seuil d'une maison hospitalière et de nous réconforter un instant à son foyer. »

Ce fut, enfin, la visite de l'asile de La Grémaudière, si parfaitement aménagé, dirigé, administré par le D^r Cullerre, l'éminent président de notre dernier Congrès.

6 août. Excursion sur l'Erdre dont les rives enchantées, semées de blancs et riants castels, s'écartent gracieusement pour dessiner un lac intérieur d'une pittoresque élégance. C'est à Sucé, dans ce petit village des bords de l'Erdre coquettement paré de verdoyantes frondaisons, que se firent les dernières communications du XIX^e Congrès.

M. Terrien nous expose avec feu ses idées sur l'hémi-

anesthésie dans l'hystérie et voulut démontrer que l'hystérie peut déterminer des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques à l'aide d'une bien curieuse observation que discutèrent MM. Anglade et Régis. On risque, en effet, de prendre pour une manifestation hystérique certaines narcoses toxiques qui ne sont que des états confusionnels succédant à une grave infection avec anurie et cessant brusquement après une période de crise marquée surtout par une débâcle urinaire, élément essentiel de pronostic. Il y a une analogie remarquable entre le délire onirique et le délire somnambulique; tous deux comportent des idées fixes sur lesquelles il est possible d'intervenir par persuasion ou commandement. M. Terrien objecte que dans son observation, le commandement a pu transformer instantanément et radicalement un état, une situation, un pouls. Sa malade, considérée comme une agonisante, fut métamorphosée sous la seule influence d'un ordre donné. M. Granjux, à ce moment, fait part d'une communication du professeur Raymond inscrit à la discussion, qui relate divers cas d'hystérie et conclut à la possibilité de troubles sécrétoires, vaso-moteurs et trophiques d'origine hystérique.

Autres communications : M. Sainton. 1° L'état des pupilles dans le syndrome de Basedow; 2° le « signe de Jellinek » dans le syndrome de Basedow.

MM. Baruk et Levassort. Simulation de la folie et dégénérescence mentale. — MM. Baruk et Favennec. Aliéné méconnu et plusieurs fois condamné.

M. Parisot. 1° La pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme à l'état normal et pathologique; 2° recherches sur le temps perdu du réflexe rotulien; 3° étude des mouvements respiratoires chez les malades atteints de divers tremblements.

M. René Charpentier et Fay. Un cas d'intoxication

alcoolique chez un enfant de trois ans. — Discussion : M. Anglade.

M. Porot. Très intéressante communication sur les symptômes nerveux et les complications nerveuses du typhus exanthématique. L'auteur décrit l'onirisme, fréquent dans cette affection, avec son automatisme mental et ambulateur, ses idées fixes, son amnésie lacunaire, sa soumission à l'influence de la suggestion; il insiste sur la différence de gravité du typhus chez les Européens et les indigènes, conséquence, pour lui, de la différence de cérébralité. M. Granjux, se basant sur la documentation personnelle qu'il possède d'une épidémie de fièvre typhoïde, suppose plutôt la gravité du typhus, liée à un état de misère physiologique. M. Régis souligne la fréquence de la confusion mentale et du délire onirique dans le typhus exanthématique. Il a observé lui-même une épidémie de typhus; presque tous ses malades déliraient, et dans certains cas l'onirisme allait jusqu'à créer un véritable état second, tout à fait comparable aux états seconds hystériques.

M. Dupré et M^{me} Long-Landry relatent l'observation curieuse d'une femme de soixante-six ans ayant présenté un délire onirique à teinte mystique et attitudes semi-extatiques et cataleptoïdes. On peut ainsi l'intituler : vieillesse, onirisme, fuge, attitudes cataleptiques. — MM. Dupré et Merklen font ensuite une importante communication sur l'insuffisance pyramidale physiologique de la première enfance et le syndrome de débilité motrice. On connaît le syndrome déjà classique de Dupré, état pathologique congénital de la motilité. Ce syndrome doit être rapporté à une insuffisance de développement du faisceau pyramidal et se rencontre concomitamment avec la débilité mentale causée par l'arrêt de développement du cerveau psychique. Or, cette débilité massive s'observe à l'état

physiologique dans l'enfance, le faisceau pyramidal étant incomplètement développé durant les premiers mois de la vie.

M. Anglade fait remarquer qu'il existe certains cas de Little avec intégrité du faisceau pyramidal, mais avec altérations du cortex. Il faut, de plus, tenir compte de l'état du cervelet, les lésions de cet organe retentissant énergiquement sur le tonus musculaire.

MM. Blondel et Camus apportent deux observations du « délire des gouvernantes », modalité délirante de la paranoïa dans laquelle se succèdent des idées érotiques, mégalomaniaques et de persécution.

M. Bériel, enfin, préconise le lavage des centres nerveux dans certains cas de méningite aiguë par l'association de la ponction orbitaire à la ponction lombaire et la substitution d'un fluide de composition déterminée au liquide céphalo-rachidien.

Les travaux du Congrès sont désormais terminés.

7 août. La dernière journée de notre « grande semaine » fut organisée par M. Mirallié, de façon à ce que chacun emporte du Congrès le souvenir le plus exquis et attende impatiemment le suivant afin de revivre des jours aussi heureux. Nous fîmes, en effet, une excursion ravissante, où la bonne humeur le disputait au bien-être, à Pornichet, au Croisic, à l'hôpital maritime de Pen-Bron, à Guérande.

Hélas ! tout était fini... L'on applaudit une dernière fois notre président Vallon, notre dévoué secrétaire général Mirallié et chacun s'en fut chez soi, en se donnant rendez-vous l'an prochain à Bruxelles.

Le XIX^e Congrès est mort. Vive le XX^e Congrès !

ROGER DUPOUY.

Histoire.

PIERRE-LOUIS PINEL

Par le Dr René SEMELAIGNE

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Histoire de la Médecine (1) le brevet de maître en chirurgie de mon arrière-grand-père maternel. Cette pièce est intéressante à deux titres différents : par son parfait état de conservation et le nom qu'elle porte. Il s'agit, en effet, de Louis Pinel, le frère du célèbre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Voici en quels termes est conçu ce brevet :

« Nous Guillaume Cazabon, gradué membre du Collège de chirurgie, lieutenant de Monsieur le premier chirurgien du Roy, en la ville et faubourgs et entier diocèse de Toulouze, professeur démonstrateur royal, inspecteur des Ecoles de chirurgie, chirurgien ordinaire de l'Hôtel de Ville, à tous ceux qui ces présentes lettres verront salut ; savoir faisons que sur la requête à nous présentée par le sieur Pierre-Louis Pinel, âgé de vingt-huit ans passés, suivant son extrait baptistaire en date du 28 7^{bre} 1751, faisant profession de la religion catholique apostolique et romaine, ainsi qu'il est attesté par les certificats de vie et mœurs joints à la dite requête, contenant qu'il s'est appliqué à l'étude de la chirurgie pendant quatre années en la présente ville de Toulouse

(1) Communication faite à la Société d'histoire de la médecine, séance du 10 mars 1909.

suivant les certificats des professeurs de cette ville, et ensuite a fait ses études en chirurgie à Paris pendant cinq années, comme il conste par les certificats qu'il a produits et désirant s'établir à la ville de Buzet, il nous aurait requis de lui accorder nos lettres de maître chirngien pour résider à la dite ville de Buzet, sur laquelle requette après avoir vu l'extrait baptistaire du suppliant, certificats de vie et mœurs, des cours et de service, nous avons ordonné que le suppliant se représenterait ce jourd'huy mardy à dix heures du matin en notre chambre de jurisdiction ordinaire, où étant comparu, conduit et présenté par le sieur Bayez membre du Collège, nous l'avons interrogé et examiné, fait interroger et examiner par les prévôts en charge, le doyen et les commissaires, sur les principes de la chirurgie, les apostèmes, les fractures, les luxations, les ulcères. Ensuite desquels examens le dit Pinel retiré, passé au scrutin qui lui a été favorable, nous lui avons dit de se représenter à deux heures de cet après midi, pour faire son second acte, vu qu'il était nécessaire auprès de ses malades; et le dit sieur Pinel s'étant représenté, conduit par le dit sieur Bayez, nous l'avons interrogé et fait interroger par le prévot, doyen et commissaire, suivant les réglemens; l'acte fini on a passé de nouveau au scrutin qui a été très favorable ainsi que le précédent l'avait été au sieur Pinel. Nous avons reçu et admis, recevons et admettons le dit sieur Pinel Maître chirurgien pour la ville de Buzet dependante de ce ressort, y exercer publiquement le dit art, jouir des mêmes droits et privilèges dont jouissent et doivent jouir les autres maîtres reçus pour la dite ville de Buzet; et avons du dit sieur Louis-Pierre Pinel pris et reçu le serment en tel cas requis et accoutumé. En témoin de quoy nous avons signé ces présentes, à icelles fait apposer le cachet des armes du college, et

contre signer par le greffier titulaire du college. Ce fut fait et donné en notre chambre de juridiction ordinaire de Toulouze le vingt-cinquième juillet mil sept cent quatre vingt.

Cazabon lieutenant et prof^r demst^r roy. de chg^{te}.

Pierre-Louis Pinel, fils de Barthélemi Pinel et d'Elisabeth Dupuy, était né le 20 septembre 1751 à Saint-Paul-Cap-de-Joux, petite ville située à environ quatre lieues de Lavaur. A l'âge de dix-huit ans, son père l'envoya commencer ses études médicales à Toulouse, où se trouvait déjà son frère aîné. Il y séjourna quatre années, et au moment où Philippe Pinel se rendait à Montpellier, Louis partit pour Paris. Manquant de l'argent nécessaire pour continuer ses études, il entra chez les pères de Saint-Sulpice qui lui assurèrent les besoins de l'existence et y ajoutèrent même un léger subside; par contre, il s'engageait à leur donner tous les soins de petite chirurgie. Au bout de cinq années, il quitta Paris et s'établit à Buzet, petite ville située à environ sept lieues de Toulouse, sur la route qui va de Castres à Montauban. Là, il se maria avec une jeune fille du pays, nommée Louise Guillemand. Quelques années après, son père, âgé et infirme, se trouvant obligé de renoncer aux soins de sa clientèle, le rappela auprès de lui. Il s'établit donc à Saint-Paul-Cap-de-Joux. Ses concitoyens le choisirent comme maire pendant la Révolution; ils voulaient même l'envoyer siéger à la Convention. Par bonheur pour lui, il ne quitta point Saint-Paul, et à ce propos Philippe Pinel lui écrivait les lignes suivantes, le 21 janvier 1793 : « Quelqu'un m'a dit que tu avais failli être nommé à l'Assemblée nationale. Ah! que tu dois te féliciter d'être loin de cet effrayant tourbillon, qui menace

d'engloutir tout ce qui s'y présente. En qualité de médecin et de philosophe, habitué à méditer sur les gouvernements anciens et modernes et sur la nature de l'homme, je ne prévois qu'anarchie, que faction, que guerres désastreuses, même pour les vainqueurs, et certainement je connais bien maintenant ce pays-ci, et toute la valeur de tant de pygmées qui font un si grand bruit. Je t'estime heureux d'être dans la campagne, et de n'avoir pas l'âme abreuvée d'amertume par le spectacle des passions et de sourdes intrigues, et par les pressentiments les plus noirs et les plus mélancoliques. »

Louis Pinel, dégoûté de la politique, donna sa démission de maire de Saint-Paul. Il fut alors choisi comme juge de paix ; mais il dut renoncer à ses fonctions, tous ses instants se trouvant pris par les soins de sa clientèle. Il avait dix enfants et, comme seules ressources, le produit de son travail. Aussi menait-il la vie de médecin de campagne, si pénible, surtout à cette époque, où la plupart des chemins conduisant d'un village à l'autre étaient impraticables aux voitures ; aussi de grand matin il partait à cheval, et souvent ne rentrait que fort tard, harassé de fatigue. Pourtant, à ce travail si dur, il gagnait bien juste le nécessaire, car les temps étaient mauvais pour tous. Aux soucis vinrent s'ajouter les chagrins ; en quelques années il perdit sa femme et huit de ses enfants. Au moment de sa mort, survenue en 1827, il laissait une fille et un fils ; ce dernier, Casimir Pinel, d'abord médecin militaire, quitta l'armée en 1830 pour fonder à Paris, rue de Chaillot, une maison de santé qu'il a transportée, quinze ans plus tard, à Neuilly-sur-Seine. C'est cette maison, conservée dans la famille, que j'ai l'honneur de diriger aujourd'hui.

EFFETS DU RÉGIME VÉGÉTARIEN SUR LES URINES DES ÉPILEPTIQUES

PAR LES DOCTEURS

E. LALLEMANT et **A. RODIET**

Médecin en chef de l'asile
Saint-Yon.

Médecin en chef de la colonie
de Dun-sur-Auron.

Le régime végétarien réduisant au minimum les fermentations intestinales, nous avons pensé à rechercher cliniquement et seulement par une analyse qualitative l'influence de ce régime sur l'indican et le scatol contenus dans les urines de nos malades.

Les urines de nos malades en expérience ont été recueillies avec le plus grand soin possible. Elles comprenaient les urines des vingt-quatre heures et ont été exactement mesurées.

Ce n'a pas été toujours chose facile de recueillir les urines de nos sujets. C'est ainsi que sur notre série de malades, nous avons eu parfois une ou deux urines qui n'ont pu être examinées parce que les malades avaient leurs règles à la date fixée pour l'analyse.

Nous avons d'abord commencé par analyser les urines de nos malades avant l'établissement du régime végétarien.

Deux analyses ont été faites au cours du régime végétarien.

Régime alimentaire ordinaire de l'asile Saint-Yon.

DÉSIGNATION des jours.	1 ^{er} REPAS 8 heures.	2 ^e REPAS Midi.	3 ^e REPAS 6 heures soir.
Lundi . . .	Soupe maigre. Fromage gruyère.	Soupe grasse. Bouilli.	Soupe maigre. Fromage de Neuf- châtel.
Mardi . . .	Soupe maigre. Beurre salé.	Soupe maigre. Légumes frais ou légumes secs.	Soupe maigre. Ragoût de mou- ton et pommes de terre.
Mercredi . .	Soupe maigre. Fromage de Liva- rot.	Soupe grasse. Bouilli.	Soupe maigre. Cervelas.
Jendi . . .	Soupe maigre. Beurre salé.	Soupe maigre. Ragoût de veau et pommes de terre.	Soupe maigre. Confitures ordi- naires.
Vendredi . .	Soupe maigre. Fromage de Hol- lande.	Soupe maigre. Morue salée avec pommes de terre ou harengs blancs frits.	Soupe maigre. Riz au beurre ou confitures fines.
Samedi . . .	Soupe maigre. Beurre salé.	Soupe maigre. Ragoût de porc avec pommes de terre.	Soupe maigre. Attignoles ou charcuterie.
Dimanche . .	Soupe maigre. Fromage de Li- varot.	Soupe grasse. Bouilli.	Soupe maigre. Ragoût de veau avec pommes de terre.

Enfin nous avons fait nos dernières analyses environ deux mois après l'abandon de ce régime.

Les tableaux ci-contre reproduisent :

- 1^o Le régime ordinaire de l'asile ;
- 2^o Le régime végétarien, tel que nous l'avons institué pendant six mois. Par régime végétarien, nous entendons désigner non pas le régime ovo-lacto-végétarien, c'est-à-dire l'alimentation telle que la comprennent les végétariens eux-mêmes, mais le régime végétarien pro-

Régime végétarien suivi du 1^{er} juin au 1^{er} octobre 1908.

DÉSIGNATION des jours.	1 ^{er} REPAS	2 ^e REPAS	3 ^e REPAS
Lundi . . .	Soupe à l'oseille. Beurre frais.	Macaroni. Un légume vert.	Potage pommes de terre. Confitures poires.
Mardi . . .	Potage pommes de terre. Confitures ordi- naires.	Soupe maigre. Pommes de terre au beurre.	Potage haricots. Confitures prunes.
Mercredi . .	Soupe maigre. Beurre frais.	Soupe pommes de terre. Riz au beurre frais.	Soupe à l'oseille. Macaroni.
Jeudi . . .	Potage au riz. Confitures.	Potage oseille. Pommes de terre à l'huile.	Soupe maigre. Pois, haricots ou lentilles.
Vendredi . .	Potage oseille. Beurre frais.	Potage au riz. Gros nains.	Macaroni. Un légume vert.
Samedi . . .	Potage pommes de terre. Confitures.	Soupe maigre. Pois cassés.	Potage au riz. Fromage.
Dimanche . .	Potage vermicelle maigre. Beurre frais.	Potage au riz. Macaroni. Confitures.	Potage haricots. Légumes.
OBSERVATIONS. — Tous les potages, soupes et plats de légumes épais et peu salés (5 grammes de sel environ par jour et par malade). Les portions copieuses. Même quantité de pain que d'ordinaire. Même quantité de boisson (1 litre de cidre par jour).			

prement dit, c'est-à-dire aucun aliment d'origine animale, sauf le beurre;

3^e Les résultats obtenus sur les urines des malades en observation. Ces examens d'urines permettent d'apprécier les modifications apportées dans les échanges nutritifs par le régime végétarien.

Nous n'avons fait porter nos analyses que sur les chlorures, l'acide urique, l'indican et le scatol.

QUANTITÉ D'URINE émise dans les 24 heures.				CHLORURES				ACIDE URIQUE							
Observation I.	Avant l'établissement du régime végétarien.	Au cours du régime végétarien.		1 mois 1/2 après la sup- pression du régime végétarien.	Avant l'établissement du régime végétarien.	Au cours du régime végétarien.		1 mois 1/2 après la sup- pression du régime végétarien.	Avant l'établissement du régime végétarien.	Au cours du régime végétarien.		1 mois 1/2 après la sup- pression du régime végétarien.			
		9 avril 1908.	1 ^{er} août 1908.			9 avril 1908.	1 ^{er} août 1908.			9 avril 1908.	1 ^{er} août 1908.				
			c. c.				c. c.				c. c.		gr.	gr.	gr.
	2.175	1.250	1.500	1.100	16 09	13 87	12 15	12 10	0 54	0 312	0 45	0 55			
— II.	»	1.450	2.050	850	»	13 77	19 47	9 94	»	0 362	0 41	0 85			
— III.	2.200	1.960	2.150	1.050	13 20	9 016	14 83	14 80	0 55	0 49	0 537	0 635			
— IV.	2.050	1.260	1.250	2.050	15 99	6 04	15 87	14 96	0 41	0 378	0 375	0 615			
— V.	950	1.500	1.250	1.050	10 87	7 65	9 875	9 97	0 57	0 525	0 437	0 52			
— VI.	2.200	2.150	1.825	1.500	22 88	13 05	12 95	19 50	0 66	0 43	0 466	0 45			
— VII.	1.975	950	1.050	2.125	12 24	4 32	6 04	18 275	0 44	0 212	0 262	0 425			
— VIII.	2.175	2.250	»	2.150	15	18 90	»	20 41	0 87	0 562	»	0 645			
— IX.	»	950	1.350	»	»	10 07	11 47	»	»	0 19	0 27	»			

En ce qui concerne les chlorures, il paraît incontes-
table à l'heure actuelle qu'ils proviennent pour la
majeure partie des aliments ingérés et pour une part
minime de la désassimilation de nos tissus.

On sait aussi que le chiffre des chlorures de l'urine

INDICAN

Avant l'établissement du régime végétarien.	Au cours du régime végétarien.			1 mois 1/2 après la sup- pression du régime végétarien.
	1 ^{er} août	10 octobre	30 décembre	
9 avril 1905.	1005.	1906.	1908.	
Légère coloration.	Légères traces.	Notable proportion.	Légère coloration.	
"	Néant.	Néant.	Traces.	
Très légère coloration.	Néant.	Néant.	Notable proportion.	
Traces.	Néant.	Néant.	Néant.	
Traces.	Néant.	Forte proportion.	Traces.	
Traces.	Légères traces.	Néant.	Traces.	
Traces.	Néant.	Traces.	Légère proportion.	
Traces.	Néant.	"	Notable proportion.	
"	Néant.	Néant.	"	

SCATOL

Avant l'établissement du régime végétarien.	Au cours du régime végétarien.			1 mois 1/2 après la sup- pression du régime végétarien.
	1 ^{er} août	10 octobre	30 décembre	
9 avril 1905.	1906.	1908.	1908.	
Traces.	Traces.	Traces.	Légère proportion.	
"	Légère proportion.	Légère proportion.	Traces.	
Traces.	Traces.	Néant.	Notable proportion.	
Traces.	Traces.	Forte proportion.	Légère proportion.	
Forte proportion.	Forte proportion.	Forte proportion.	Forte proportion.	
Notable proportion.	Légère proportion.	Très légè- res traces.	Forte proportion.	
Traces.	Légères traces.	Notable proportion.	Traces.	
Traces.	Forte proportion.	"	Traces.	
"	Forte proportion.	Légère proportion.	"	

est en rapport avec la quantité de chlorure de sodium que contiennent nos aliments et que les boissons abondantes augmentent la proportion des chlorures dans l'urine.

Dans ses recherches sur l'influence que l'alimenta-

tion peut avoir sur la composition des urines. Bunge a constaté qu'un individu soumis à un régime carné exclusif, éliminait dans les vingt-quatre heures 2 gr. 817 de chlore total.

Le même individu, soumis à un régime d'où l'alimentation carnée était bannie, éliminait 4 gr. 996 de chlore total, près du double, par conséquent, de la quantité trouvée dans la première expérience.

Aussi était-il intéressant de rechercher dans quelle mesure le régime végétarien ne comportant que peu de sel comme condiment, pouvait influencer le taux des chlorures contenus dans l'urine.

Nous nous sommes attachés aussi à rechercher dans quelles proportions variait l'acide urique sous l'influence du régime végétarien.

On sait, en effet, que la quantité de cet acide qui est un produit de déchet résultant de la désassimilation des matières azotées, augmente surtout par une alimentation carnée.

Une nourriture exclusivement animalisée peut, d'après Lemann, faire monter l'excrétion urique à 1 gr. 30 et plus par vingt-quatre heures.

Avec le régime végétarien, le taux d'acide peut descendre jusqu'à 0 gr. 30 centigrammes et 0 gr. 24 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

L'action exercée par les aliments sur l'excrétion urique dépendrait surtout de leur teneur en nucléines. Ainsi Weintraud a vu la quantité d'acide urique des vingt-quatre heures s'élever à 2 gr. 50 après ingestion de thymus de veau et revenir à son taux normal dès que le régime alimentaire ordinaire était réinstitué. Avec d'autres aliments que le thymus (foie, rein, cervelle) l'augmentation de l'acide urique fut moins marquée et moins constante (Umber).

L'influence des nucléines comparativement à celles

des autres aliments est bien démontrée par l'expérience suivante de Ness et Schmoll : « Si à une ration alimentaire produisant une excrétion déterminée d'acide urique et de bases xanthiques, on ajoute successivement du blanc d'œuf (aliment dépourvu de nucléines), du jaune d'œuf (contenant des parannucléines qui n'engendrent pas de bases xanthiques) et du thymus (riche en nucléines), c'est avec ce dernier seulement que l'on constate une augmentation de l'excrétion xanthurique. »

Avec les œufs de poisson contenant des parannucléines et peu ou point de nucléines, W. J. S. Jérôme a de même observé une excrétion urique assez faible.

Si l'alimentation végétale diminue la production d'acide urique, ainsi que le démontrent les observations de Ranke, c'est qu'elle est en général pauvre en nucléines. (*In Manuel* de Yvon et Michel.)

D'après Horbaczewski, « la plus grande partie de l'acide urique excrété proviendrait surtout de la désassimilation de la nucléine des globules blancs et, si on observe une hyperexcrétion de l'acide urique à la suite d'une alimentation carnée, ce ne serait que par suite d'une augmentation de la proportion des globules blancs dans le sang résultant d'une nutrition plus substantielle, augmentation qui implique une destruction également plus active de ces organes lymphoïdes ». (Gérard. *Traité des urines*.)

Quant à l'indican ou indoxile urinaire, on considère que sa présence dans les urines est liée très étroitement avec les fermentations intestinales ; il en est de même pour le scatol, qui ne serait qu'un homologue supérieur de l'indol.

L'indoxyle urinaire a lui-même pour origine l'indol, résultant de l'action de certaines bactéries de la putréfaction sur les matières albuminoïdes et celui qui est

formé par un processus de dédoublement de quelques composés constants de la digestion trypsique des albuminoïdes. Cet indol lui-même a très vraisemblablement comme générateur le tryptophane qui constitue avec la phényllamine et la tyrosine un des groupements cycliques des molécules albuminoïdes. (Neucki, Underhill, Rosenfeld.)

Nous devons ajouter que certains auteurs considèrent que l'indoxyle urinaire provient uniquement de la putréfaction intestinale des matières albuminoïdes. (*In Traité des urines* de Gérard.)

D'après le Dr Petitpas, la principale cause de production de l'indol réside dans les fermentations bactériennes intestinales.

On peut dire d'une manière générale que la proportion d'indican contenue dans les urines est d'autant plus accrue que le régime devient plus riche en matières protéiques.

Ainsi qu'on peut le voir dans le tableau des analyses d'urines, en ce qui concerne les chlorures, les analyses faites avant l'établissement du régime végétarien nous montrent une proportion assez élevée de chlorures, du moins pour certaines de nos malades.

L'acide urique, sauf pour trois de nos malades, est dans une proportion à peu près normale avant le régime végétarien.

Quant à l'indican et au scatol, nous les avons rencontrés dans les urines des épileptiques soumises à l'observation en plus ou moins grande proportion et cela aussi avant l'application du régime végétarien.

Deux mois après l'institution du régime végétarien, le 1^{er} août 1908, on constate que le taux des chlorures baisse notablement, mais dans des proportions beaucoup moindres que l'acide urique. C'est ainsi que nous voyons trois de nos malades n'éliminer dans les vingt-quatre

heures que 0 gr. 29, 0 gr. 212 et même 0,19 centigrammes d'acide urique.

Quant à l'indican, il a disparu ou plutôt il est en si minime proportion chez neuf de nos malades, que le procédé de Jaffé ne nous a donné aucune coloration.

Le scatol s'est maintenu à peu près dans les mêmes proportions que dans les analyses faites avant le régime végétarien.

Le 10 octobre 1908, une nouvelle analyse, faite après les quatre mois de régime végétarien, nous montre que le chiffre des chlorures s'est relevé probablement sous l'influence d'une alimentation, qui, bien que végétale, renfermait accidentellement plus de chlorures que lors de la première expérience.

L'acide urique reste chez la plupart de nos malades à un taux au-dessous de la normale.

L'indican et le scatol, sauf pour deux de nos malades, donnent sensiblement les mêmes résultats que lors de l'analyse du 1^{er} août.

Le 30 décembre 1908, un mois et demi après l'abandon du régime végétarien et le retour au régime carné, nous voyons le chiffre des chlorures se relever sensiblement.

Pareille chose se produit pour l'acide urique, qui reste quand même au-dessous du chiffre des premières analyses avant l'institution du régime végétarien.

L'indican réapparaît dans les urines, et, pour un certain nombre de malades, il se montre de nouveau en notable proportion.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DÉLIRES DE CAUSE CHLORALIQUE

Par le Dr G. de CLÉRAMBAULT

Médecin adjoint de l'Infirmierie spéciale.

Dans deux cas de délire chlôralique aigu sur fonds chronique que nous avons observés de près, nous avons remarqué certains traits spéciaux sur lesquels les auteurs n'ont pas, jusqu'à maintenant, appelé l'attention. Ces données spéciales sont, d'une part, des troubles pseudo-cocaïniques de la vue et du tact, d'autre part, certaines modalités de l'hallucination visuelle, l'état de l'humeur et du langage, et diverses nuances que nous noterons en cours de route. Ces détails et ces nuances d'ensemble doivent permettre, quand ils se révèlent avec netteté, de soupçonner et peut-être même d'affirmer qu'un délire est dû au chloral et non à d'autres agents toxiques, non plus qu'à une cause endogène ni infectieuse.

I

PREMIÈRE OBSERVATION. — Chloralisme aigu sur un fonds de chloralisme chronique. — Délire prolongé. — Hallucinations spéciales du tact, de la sensibilité générale et de la vue. — Aspect presque entièrement cocaïnique. — Onirisme. — Morphisme ancien; abstinence; bromuration. — Ivresses chlôraliques et états comateux chlôraliques antérieurement. — Troubles d'allure tabétique.

Le 3 juillet 1906, était amenée à la visite de l'infirmierie spéciale une malade de trente-huit ans. M^{me} C..., née N..., au

sujet de laquelle nous devons, dans un court laps de temps, changer plusieurs fois de diagnostic.

Son teint pâle, ses traits amaigris, ses yeux brillants, un certain trouble de l'équilibre qui apparut comme elle s'asseyait, nous firent penser immédiatement à la possibilité d'un tabes. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, la malade accuse des douleurs profondes en forme d'éclairs. Mais comme les pupilles réagissent, et comme la pâleur est jaunâtre, les traits flasques, comme la malade nous dit elle-même qu'on l'a piquée jadis à la morphine, comme enfin, elle présente des hallucinations d'un type spécial, nous avons établi la synthèse suivante: tabes douteux, morphinomanie avec marasme, *cocainisme substitutif*, troubles sensoriels et douleurs provoqués par la cocaïne. Elle nous apprend que pour la guérir d'une morphinomanie, on lui a donné, en ingestion et en piqûres, une substance nommée *cocaïne* ou *codéine*.

Elle ressent des douleurs aiguës, non dans les jambes, mais *dans les reins* (muscles lombaires, psoas, peut-être viscères pelviens); elles surviennent comme des coups de poignard, depuis trois jours. Il lui semble *qu'on lui tord les entrailles, qu'on les perce avec des grilles, qu'on les tire hors de l'abdomen*. Elle sent sa gorge sèche et comme enduite de poudre, ses lèvres épaissies, sa peau sèche. Elle aurait par moments de graves douleurs d'estomac, à d'autres moments des vomissements. « Le vagin, dit-elle, a été attaqué et partiellement réséqué; la partie qui reste pend comme un bout de boyau. Des sortes de petites machines lui grailloignent dans les talons, la plante des pieds est rêche comme s'il en sortait des poils de brosse, les doigts de pied sont cousus ensemble, on en a enlevé et recousu un morceau. En diverses places, la peau est déchiquetée comme par des débris de verre ou de fer. On lui lance dans les yeux des morceaux de verre. Elle ne sent en ce moment rien dans la bouche, ni sous les ongles, ni *dans* le cuir chevelu; mais elle sent quelque chose de bizarre *sur* le cuir chevelu, comme si on lui coupait les cheveux avec de tout petits ciseaux. »

Pas d'hallucinations auditives actuellement.

Hallucinations visuelles continues et innombrables: des poussières de verre, du verre brisé à terre, des ramassures, des sciures de fer jetées sur ses vêtements; des insectes qui se cramponnent à terre, de la poudre d'or qui fume pour empoisonner; des croix, des grilles dorées, des broderies, des doreries (*sic*), des dentelles; un lit, et sur ce lit une inscription

très nette : « La mère du bébé s'est couchée sur ce lit sans le flétrir ». Des chambres entièrement garnies de tentures riches, parfois vertes ou bleues, *le plus souvent jaunes et noires* ; une messe d'enterrement ; une mère couchée avec deux enfants à ses pieds, puis deux autres sur un drap vert, un enfant qui court sur un mur, un bœuf d'Amérique, un petit vaisseau, trois femmes en voiture, trois femmes entrant dans un commissariat, des ossements de femme, une tortue, des petites cisailles qui remuent toutes seules, et qui doivent même être en verre, car elles rentrent partout ; des petits bonshommes des deux sexes gros comme une balle d'un sou, peut-être nus, peut-être habillés, de couleur imprécise ; des petits bonshommes cabalistiques se lancent de petits vagins en or, sur des baguettes, c'est un jeu de grâces ; les uns sont très nets, d'autres sont vagues, et elle les regarde les yeux mi-clos, « sans quoi, ils se sauveraient ».

La malade nous expose que *depuis huit jours, on l'a déshabituée de la morphine*, et que l'insomnie, depuis lors, est devenue absolue ; que dans son logement elle s'est montrée agitée, violente, a eu des visions dramatiques, qu'en se débattant contre des ennemis imaginaires, elle a frappé indirectement telle personne ; qu'elle a eu des peurs intermittentes, mais non une anxiété soutenue ; à un moment, il lui semblait que des persécuteurs exigeaient un sacrifice humain, et un assaut de générosité a eu lieu à ce sujet entre elle et une amie qui la soignait. Notre malade lui disait : « Une de nous doit mourir » ; la garde-malade croyait bon de répondre : « Calmez-vous, ce sera moi » ; et la malade lui répliquait : « Je suis très vieille, laissez-moi mourir la première, vous pourrez toujours soutenir mon mari » (mari qui d'ailleurs vit loin d'elle et, en temps normal, lui indiffère). Un jour seulement, elle aurait eu des hallucinations auditives ; une fois, elle aurait voulu se suicider « en se jetant à bas d'une voiture ».

Son état d'âme présente un singulier mélange de somnolence et de lucidité. L'idéation est uniformément ralentie, mais l'orientation est satisfaisante sous tous rapports, les questions sont bien comprises, et les réponses sont faites avec discernement, sans pause préalable, sans effort. L'appréciation des laps de temps nous paraît seule troublée, et cela dans le sens d'un allongement.

La malade a souvent la notion de l'irréel. Ainsi, en voyant une croix, elle l'observe et dit : « Je vois une croix, à moins

que ce soit de fixer les yeux qui me la fasse voir ». Puis, à propos d'une autre image : « Est-ce encore une imagination ? c'est bizarre, vous le constatez comme moi. » Enfin, à propos du passé : « J'ai entendu des choses imaginaires le premier jour de ma maladie ; mais à présent je n'en entends plus. »

Les hallucinations visuelles se succèdent avec une vitesse uniforme et une variété kaléidoscopique. Elles n'ont entre elles aucun rapport de forme, aucun lien idéologique ; la malade assiste à leur défilé en simple témoin. Elle les suit du doigt, les décrit ; on dirait même que de les décrire lui est utile pour les mieux voir. Mais, comme chaque image est vite disparue et immédiatement oubliée, la phrase dont elle est l'occasion reste en suspens ; une autre image évoque en même temps d'autres mots, sans qu'aucune pause marque la cessation de la première phrase et le début de la seconde ; le même processus se continue très longtemps de suite, produisant des kyrielles de mots qui ont, par fragments, des lieux de sens, et aucun sens dans leur ensemble.

« Deux bêtes viennent de se toquer la main ; mon fils est avec la bête de l'autre, encore une femme a donné une claque et la bête naturellement va venir la lui rapporter, ce n'est pas une bête, c'est un peuplier, c'est un chèvrefeuille, c'est la branche qui se sauve. » La même incohérence verbale (pseudo-incohérence psychique) se retrouve parfois, mais plus rarement, dans l'exposé des souvenirs : « Je me défendais contre des personnes, ils me tenaient pour que l'on me donne des coups de poignard avec quelque chose qui perce et qui vous coud vos bouts de chaussures, mais ils ne m'ont pas touchée, ils se trompaient. »

Toute émotion semble émoussée ; lors même qu'elle nous dit avoir peur, le ton de sa voix est indifférent, et d'ailleurs au même instant elle s'occupe à lisser ses cheveux qui sont dénoués. Elle n'offre donc pas d'état d'âme afférent ou du moins adéquat à ses pensées. Il est facile de la distraire et de la faire rire ; quand elle parle, elle n'est pas *pressée*, comme est souvent l'intoxiqué, de retourner aux sujets de pensée qui l'occupaient précédemment. Son objectivisme est considérable, son attention reste fixée où on le désire un certain temps. Elle fait même des remarques spontanées, voire des jugements. Ainsi, comme après l'avoir interrogée minutieusement, nous nous éloignons, elle demande à son infirmière qui est « ce jeune homme si consciencieux ».

Ses réponses sont bien adaptées, elles sont formulées sans effort. Parfois des hallucinations les entrecoupernt, et les mots qui les accompagnent se soudent correctement à ceux de la réponse passée en oubli.

Le débit est lent, uniforme, un peu tremblé; on note par moments des sortes d'*accrocs*. Parfois la malade parle sur un ton mystérieux, uniformément appliqué aux pensées les plus différentes, certaines phrases sont dites à voix basse et sur un mode confidentiel : « Il est tué; j'aurais dû mourir, ils vont m'en vouloir encore davantage d'être encore là. Ils sauvent les chaussures de ce vieux, ce bonhomme que nous ne savions pas. »

La procédure d'envoi contient la déposition de deux femmes connaissant bien M^{me} C... L'une dit : « Elle est morphinomane depuis huit ans. Elle a crié la nuit, croyant voir des hommes suspendus au plafond, et disant qu'on lui arrachait les entrailles. Elle menace les gens qui l'approchent et parle de se jeter par la fenêtre. » L'autre dépose : « Elle ne sort jamais, son enfant est nourri chez moi; depuis une semaine, elle croit que les saints demandent son enfant en sacrifice, qu'on veut lui couper le cou, qu'on lui enfonce des grilles dans le ventre, etc. Elle a subi une opération il y a huit ans (ovariotomie). »

Au commissariat de police, elle avait parlé de mangeurs de femmes, avait demandé en grâce que son amie, M^{me} C..., ne fût pas sacrifiée à sa place, s'était agitée et avait voulu se précipiter par la fenêtre.

Le 3 au soir, nous nous rendons dans sa cellule, et elle nous donne, deux heures durant, la description, presque la vision, d'une cinématographie onirique vraiment splendide. Elle décrit ses hallucinations spontanément, par un flux d'impulsions verbales parallèle au flux des images. Elle a même plaisir à décrire, si faible que soit son émotion. Les images s'oublient instantanément; il nous est impossible de les faire durer ou de les rappeler. Elle nous dit : « Regardez cette bête après moi. » Nous demandons : « Comment est-elle grande ? » Elle répond : « Attendez, je la cherche. » Cependant, un petit nombre d'images ressuscitent, à de longs intervalles, spontanément, et paraissent le faire sous une forme strictement fixée. La malade, une femme assez éduquée et d'un extérieur plutôt sympathique, suit ses visions et nous les montre avec des poses, avec des gestes lentement amenés, lentement changés qui ont souvent

une beauté étrange ; et son élocution, monotone dans l'ensemble, présente quelquefois dans le détail de délicates intonations très expressives. Elle se tient presque constamment assise à terre.

« Je vois un abbé avec un bréviaire, une toile avec des fils devant, un portrait de mon fils dans un cadre ; il faut écarter la toile, écarter-la ; oh ! c'est perdu ! Derrière la porte, les enfants s'agitent, ce n'est pas un cauchemar. Voilà les petits bonshommes cabalistiques qui jouent aux grâces, ils lancent de petits vagins en or avec de toutes petites baguettes.

« On m'a recousu les doigts de pieds tout à l'heure.

« Je vois des épingles à terre, et puis maintenant un incendie (elle ne s'en émeut aucunement). Voilà un petit bock. Cette Marthe (?) elle est mauvaise comme une teigne. Des vers, des fils.

« Si on me mettait toute nue, on me trouverait *le corps entouré de fils*. Des fils de un mètre cinquante. »

Nous l'engageons à boire sa tisane qu'on lui apporte, elle boit lentement, s'interrompant pour nous parler. Nous lui posons diverses questions ; régulièrement elle réfléchit avant de répondre. Soudain elle reprend :

« Le bout de mes doigts de pieds est pourri, le pourtour de l'ongle est pourri, la plante des pieds aussi, (d'un ton larmoyant), ma chair est pourrie, je suis de la chair pourrie.

« Tiens, c'est un évêque qui sourit. Il n'y est plus. *Je vois toujours quelque chose de nouveau.* »

Elle tire ses cheveux et elle les natte ; c'est d'ailleurs une occupation à laquelle elle revient souvent. Nous cherchons à lui suggérer qu'il y a des épingles à terre ; elle n'arrive pas à les bien voir.

Comme nous lui parlons de son état, elle rit : « Mon enfant est bien portant, c'est assez. » Sa satisfaction redouble et elle ajoute : « *Moi, j'ai de quoi me distraire avec ces images* ; heureusement, car pour les distractions qu'on a ici ! Voilà mon enfant sur des échasses, (avec indifférence) : mamau ! il dit maman. »

Nous lui demandons : « Ce que vous voyez existe-t-il ? » Elle répond : « Ces choses-là, je les vois ; mais les autres ne les voient pas, *alors pour moi ce sont des visions*. — Pourquoi n'avez-vous pas embrassé votre enfant ? — Parce que je sais qu'après, nous nous retrouverons tous les deux ; je vois une tenture. — De quelle couleur ? N'est-elle pas verte ?regar-

dez bien. — Oui, peut-être verte, je ne peux pas dire. » Elle continue comme pour elle-même, avec ce ton de mussitation qu'on rencontre chez les grands confus, mais avec plus de suite dans les mots : « Une statue avec inscription. Plusieurs statues avec inscriptions : à notre mère, à notre sœur. — J'ai des fils autour des orteils (elle ôte ses bas, et épluche ses doigts). — Je n'ai plus que deux jours à vivre. »

Cette dernière phrase est dite d'un ton des plus tranquilles. A ce moment, la malade remarque que nous parlons à la surveillante : elle écoute soigneusement le dialogue, et chaque fois qu'il est question d'elle, elle intervient avec à-propos. Notamment, elle complète les renseignements fournis : « Madame oublie de vous dire que je me suis mise en colère, j'ai jeté ma tasse à la tête de l'infirmière ! »

Un accès de sensiblerie la reprend, elle déplore sa chair pourrie, sa mort prochaine ; on croirait qu'elle s'apitoie sur autrui ; et elle n'éprouve à nul moment une anxiété.

« Ces personnages, ils ont dégringolé des vasistas. — Sans bruit ? — Si, ils ont fait du bruit. — Causent-ils ? — Je ne sais pas ; il y avait une femme qui portait des cornes, et son chapeau était trop grand. Mon mari me tourne le dos. »

Ici, toujours assise à terre, elle étend un bras vers le mur, où elle croit voir une inscription, et elle semble s'aider de l'index pour en isoler les syllabes, tandis qu'elle lit péniblement : « Je te suis, mais je te ferai visite. — Combat. » — « Vous lirez peut-être mieux que moi ; mon mari, mon fils, ils se cachent. »

A diverses questions, elle répond : « *Je suis ici depuis onze jours* à peu près (erreur) ; je suis désolée de ne pas savoir l'heure. Si je vous ai vu aujourd'hui une fois ? Non. Deux fois ? Non, *je ne vous ai pas vu du tout aujourd'hui* (erreur). »

« La mort a passé, le cierge a passé, la demoiselle en rose est en train de danser. Les petits bonshommes cabalistiques. »

Elle lit sur le mur : « Premier dimanche, troisième de carême, vingt-troisième, et alors..., âgé de..., il était jeune..., trente et un ans. »

Tout d'un coup, comme nous allons parler à la surveillante, elle nous dit à mi-voix : « Chut », et se met à rire, contente de nous avoir fait ainsi une petite farce ; puis elle revient à ses visions.

Elle lit : « Répondre la forme..., ville..., Bayeux. »

Elle tressaille faiblement : on a voulu, dit-elle, lui entrer un

poignard en bois dans la fesse. On lui a enlevé la moitié du vagin.

Nous cherchons à lui suggérer qu'elle aperçoit sur le mur des nombres : 48, 98. — « Non, je ne vois rien, dit-elle, si pourtant, c'est écrit, je le crois. »

Assise, les pieds nus, elle examine ses orteils. « Mes doigts de pieds ont été cousus avec du fil d'or, d'autres avec du fil de fer. Je crois que je viens de faire un voyage et que ma sœur est venue me voir. Monsieur, je vous ai bien vu il y a trois jours (erreur), mais pas hier (erreur). Est-ce que j'ai vraiment voyagé ? est-ce que ma sœur est bien venue me voir ? mais oui, je l'ai vue avec mon beau-frère, ils étaient sur l'eau, sur un grand navire. Je voudrais avoir un bain de pieds et du savon. — Est-ce bien vrai que mon mari est mort ? Est-ce vrai qu'il est mort d'apoplexie ? Là on a tiré une tirette, alors... (geste vague qui paraît signifier : tout a fini, et je ne sais plus). Je n'ai pas entendu. C'est une tirette qu'on a tirée, puis on est monté au-dessus. »

Nous lui demandons : « Pour quelle raison est-ce que j'écris ? — Pour savoir les réponses que je vous donne, *pour savoir si je suis remise de ma folie*. Alors, je ne me rappellerai plus rien. — Les choses que vous voyez n'existent donc pas ? — Quand on les voit on y croit. — Vous n'en êtes pas sûre ; peut-être est-ce un rêve ? — Oui, peut-être. Voilà de petits hommes ronds coupant des fils. — Des hommes ne sont pas ronds ; qu'est-ce que vous voulez dire ? — Ils ont des petites têtes qui sont rondes. Voyez donc là dans le parquet, des bêtes..., des bêtes dans les jeunes gens du parquet..., et ces jeunes gens... en bois. — Que voulez-vous dire avec ces jeunes gens en bois ? — Le parquet est en bois. — Et les jeunes gens ? — Ils n'y sont plus. — Que faisaient-ils ? — Je ne sais plus, — Et les bêtes ? — Je ne le sais plus. »

Assise encore, dans une attitude de farniente, elle se tait puis reprend : « Mon doigt de pied est pourri, il faut l'opérer. Donnez-moi des ciseaux pour le découdre et l'amputer. Tout le long de la traverse mes pieds ont été cousus. Mon mari est bien mort ? vous le voyez ? J'ai entendu le petit pleurer beaucoup ; je ne peux pas démêler mes cheveux. » — A voix basse : « Ils sont en train de causer que je suis en train de causer avec vous. — Les avez-vous entendus ? — Non. — Ils vont monter là-haut. Tenez, les voilà avec leur petit bobéchon ; avec un traversin. Voilà la mer ; nous sommes sur un navire. Nous

allons en Amérique voir ma sœur... et mon enfant qui court sur l'eau. Une inscription ».

Nous sortons alors de sa cellule, en lui recommandant de se coucher et de dormir; elle se couche en effet; nous éteignons l'électricité et pendant quelques minutes il semble que dans l'obscurité absolue, elle repose. Nous demandons ensuite : « Dormez-vous? » Elle nous répond d'un ton enjoué : « Pas encore. » Un fait remarquable est celui-ci : *dans l'obscurité absolue, non seulement les hallucinations n'avaient pas redoublé, mais encore elles avaient disparu.* Le besoin d'expansion verbale avait disparu du même coup. Nous renouvelâmes plusieurs fois l'expérience et plusieurs fois elle nous dit d'elle-même que ses visions avaient cessé.

Rapport écrit de la surveillante, touchant la nuit du 3 au 4 : « La malade a été plus calme après le départ du médecin que dans la journée. Je ne l'entendais plus et je la croyais endormie, mais dès que j'ai ouvert l'électricité elle s'est relevée et s'est mise aussitôt à lire des inscriptions pendant quelques minutes. *Quand j'eus éteint de nouveau, elle est redevenue immobile et silencieuse,* et est restée ainsi assez longtemps ayant l'air de dormir; elle m'a dit, en effet, qu'elle avait un peu reposé. Elle a passé ainsi la nuit avec des alternatives de calme et de gémissements, au cours desquels elle se plaignait qu'on lui cousait ses orteils; elle cherchait à cacher ses pieds et larmoyait. *Dès qu'elle est dans l'obscurité elle se calme.* — Quand le jour a commencé à éclairer sa chambre, elle s'est excitée, et a eu de nouveau des visions; elle me disait ne plus vouloir rester dans cette chambre où on la faisait trop souffrir, et quoique excitée paraissait plus consciente qu'hier de l'endroit où elle se trouvait, se plaignant de manquer des choses nécessaires et disant que sa sœur était une ingrate de l'avoir laissé conduire ici (sa sœur est actuellement en Amérique). Elle a même crié très fort, frappant les murs de sa chambre avec ses mains, puis a pleuré. — Elle est plus tourmentée qu'hier. On lui lie les doigts de pied avec des fils et on va être obligé de les lui couper; elle en paraît beaucoup plus affectée qu'hier où elle prenait la chose naturellement. Elle crie, pleure, essaie de se défendre, et s'arrête uniquement à cette préoccupation, si bien qu'elle n'a plus d'autres visions. Dans la nuit, elle a demandé elle-même à boire du lait et du bouillon; depuis son entrée elle n'a pas accepté autre chose. Ce matin elle a pris sa purge sans difficulté; elle est du reste docile avec moi, bien que

violente et injurieuse envers l'infirmière. — Elle recommence à avoir des visions, on lui envoie des tubes en fer, des bouteilles, etc. »

Le 4 juillet, dans le cabinet médical, elle voit des petites bêtes, puis elle nous demande : « Avez-vous entendu parler de procès? Il me semble que j'ai entendu, il me semble que c'est dans ma chambre. » Nous ne pouvons sur ce point en savoir davantage. Elle se plaint ensuite de l'infirmière, qu'elle a prise en haine et qu'elle appelle notre cuisinière.

Nous lui demandons de nous décrire la pièce où nous sommes. « Ici, c'est un bureau avec des livres. Voilà une lampe éteinte (exact). — Voyez-vous des inscriptions? — Je vois un M; plusieurs M... et ici... tiens, je vois les petits bonshommes cabalistiques. Ce petit-là a la figure d'un lièvre, ce qui fait croire aux lapins que ce sera un mort. Charlotte morte au champ d'honneur... c'est une inscription (elle s'appelle Charlotte). Voilà mon fils. Voilà là-bas toute une bataille, avec une musique de fête.

« Est-ce que je n'ai pas voyagé cette nuit? il me semblait que j'étais sur un bateau, oui, j'ai dormi presque tout le temps, parce que soi-disant ces petits bonshommes cabalistiques m'ont envoyé des injections d'eau sur la peau. »

— Vous n'avez rien ressenti aux parties sexuelles? — Non. Au dernier moment de ma mort c'était très drôle; je n'étais pas morte, mais tout près de mourir; j'ai lu le mot « mort » en face de mon wagon. Plus loin j'ai eu des difficultés, des contrariétés. Je suis sortie juste à la dernière goutte de sang. Montrant le mur : « Morte, c'est écrit. » Nous demandons : « Vous avez vu tout cela grâce à l'obscurité? » Réponse ferme : « *Je les vois plutôt dans la lumière.* » Elle continue : « Cette croix qui est là, tous me faisaient sortir pour le lapin. Je suis *pleine d'eau sur tout le corps*, c'est de l'eau qu'ils m'ont envoyée. »

Les similitudes d'un tel délire avec le délire cocaïnique classique étaient frappantes; il existait toutefois entre les deux tableaux un certain nombre de différences.

Le médecin traitant, Dr D... voulut bien nous donner les renseignements suivants : « La malade, connue de moi depuis cinq ans (1901), a souffert de maux nombreux pour lesquels elle consultait indifféremment des grands maîtres, des médecins de quartier et des charlatans. Depuis quatre ans au moins (1902) elle s'adonne à la *morphine*. Son mari est un syphili-

tique avéré, elle une *syphilitique probable*. Elle a été traitée comme telle à Lariboisière par des injections d'huile grise, il y a trois ans (1903). Elle éprouvait alors des douleurs sous forme de crises hépatiques revenant quotidiennement pendant des séries de quinze à vingt jours. Déshabituée de la morphine, mais vivant seule, elle n'a pas tardé à y revenir. Il y a huit mois (fin 1905) je lui ai fait quelques injections de biiodure de mercure, puis je l'ai totalement perdue de vue. Je l'ai retrouvée il y a vingt jours, elle était alors en plein marasme morphinique (un pharmacien sans scrupules lui fournissait la morphine à discrétion).

« Les jours où la malade ne faisait pas ses piqûres, elle absorbait régulièrement trois lavements composés de :

Laudanum de Sydenham	XX gouttes
Hydrate de chloral	2 gr.
Bromure de potassium	2 gr.
Eau dist. de tilleul	150 gr.

F. a. pour un lavement.

« Du jour où j'ai diminué ces doses, les hallucinations et tous les phénomènes que vous avez pu vous-même constater ont commencé, allant en augmentant de jour en jour. Car les accidents actuels qui ont amené son envoi à l'Infirmierie spéciale datent de dix jours au plus et ont été en augmentant graduellement jusqu'à hier matin. »

Après ces renseignements, l'étiologie cocaïnique devenait douteuse; il était toutefois permis de supposer que la malade, vieille toxicomane, avait usé de la cocaïne à l'insu de son médecin, et grâce à la complicité de son pharmacien. Il ne nous parut pas, tout d'abord, que le chloral pût produire les troubles si spéciaux qui s'étaient présentés à nous.

Au moment de délivrer le certificat d'internement, un dernier scrupule nous fit écrire « Délire d'aspect cocaïnique »; puis nous changeâmes, en concluant à un « Délire cocaïnique ».

Néanmoins, un reste de doute nous faisait désirer de pouvoir interroger une certaine amie de notre malade qui, au dire du D^r D..., s'était constituée, depuis des années, son infirmière. Aimablement, le D^r D... nous mit en rapport avec elle; or, voici quel fut son récit :

« M^{me} C... a subi, vers 1898, l'ablation des ovaires. Ensuite elle a ressenti des douleurs d'estomac au cours desquelles elle vomissait des sortes de glaires (elle ne s'est jamais adonnée à

l'alcool). On lui a fait, vers 1899, les premières piqûres de morphine. Des douleurs du rein sont survenues vers 1903; elles se produisaient sous forme d'éclairs durant quatre ou cinq jours consécutifs; d'autres douleurs simulaient des coliques hépatiques; de plus on aurait constaté, à la même date, un rein flottant (le rein droit); à l'hôpital Lariboisière on aurait parlé de tabes (1903) et pratiqué des piqûres hydrargiques. Dès avant cette époque, un des nombreux médecins que consultait la malade lui avait appris la technique des piqûres; elle s'en fait au début une ou deux par mois, puis deux par jour; elle se piquait à tout propos, « pour faire son ménage, pour être plus gracieuse avec son mari »; son caractère se modifiait, elle devenait notamment très menteuse. Elle se piquait aussi avec de l'héroïne, qui la calmait mais qui lui était moins agréable. Elle aurait, paraît-il, cessé de se morphiner pendant six mois, en Amérique, grâce à la surveillance de sa famille. Un peu plus tard, à Paris, elle subit une cure rigoureuse, sous la direction du Dr D... (1904). Mais son mari l'ayant abandonnée, elle retombe dans le morphinisme, se faisant au moins cinq ou six piqûres par jour (1905). Son enfant, âgé d'une dizaine d'années, la voyait fréquemment pratiquer ses piqûres, ou encore, lui trouvant une certaine physionomie, il lui disait : « Tu t'es piquée. » Chez elle, elle ne faisait plus autre chose que lire. Plusieurs fois, *au cours de mouvements, elle a été prise de syncopes*. Dans le temps où elle se piquait le plus, elle a eu de *l'impulsion au vol*, elle courait les grands magasins pour faire des emplettes inutiles; un jour, se trouvant avec moi, elle saisit une ruche sans que je la visse, la cacha sous un grand manteau et me pressa pour sortir, voulant prendre un fiacre. Depuis lors elle n'a plus voulu sortir seule. Dans ce temps-là elle avait beaucoup d'argent, son mari ayant fait un héritage. Je suis allée trouver le pharmacien qui lui fournissait sa morphine, le suppliant de ne plus continuer; il m'a répondu : « Si ce n'était pas moi ce serait un autre, alors autant vaut que ce soit moi. » Je l'ai toujours trouvée douce, mais irritable; à l'état calme, elle ne parlait jamais de suicide, mais elle en parlait fréquemment dès qu'elle souffrait.

« Elle s'est mise, vers 1903, à prendre du chloral, surtout sous la forme de lavements dans lesquels entraient aussi du laudanum. Elle a pris d'abord deux ou trois de ces lavements par mois, puis plusieurs par semaine; elle est partie en Amérique vers la fin de 1903, avec une provision de chloral, *on l'a privée*

de chloral, elle est devenue folle pendant dix jours; je sais que son délire d'alors ressemblait à ce que j'ai vu moi-même plusieurs fois, quand elle avait pris d'un seul coup de trop fortes doses. Elle prenait nuit et jour des lavements de chloral, jusqu'à cinq et six, à dix-huit sous pièce; elle les envoyait chercher par son petit garçon, le forçant pour se relever la nuit, ou, dans le jour, à manquer l'école. Souvent elle a pris en une fois des potions de 12 à 15 grammes.

« Plusieurs fois, à la suite de ces abus de chloral, elle est restée endormie durant des trois et quatre jours. Au réveil, elle voyait des cauchemars, les maisons s'écroulaient, elle avait peur; il lui semblait qu'elle avait été *rouée de coups*, elle sentait des *petites choses dans la peau* comme maintenant; pendant longtemps, d'ailleurs, ses doigts restaient agacés s'il lui arrivait de coudre. Elle avait alors des idées de suicide, parlait de se jeter par la fenêtre, elle était presque toujours triste, avait un besoin de solitude, parlait de vivre toute seule dans une maisonnette au fond des bois; indifférente à tout, elle ne vous disait plus bonjour ni pardon, c'était alors une vraie sauvage. Cependant le chloral lui donnait parfois des *sortes d'ivresses qui la faisaient bavarder*; elle racontait ses hallucinations, par exemple au sujet de sa fille morte il y a trois ans et qu'elle disait avoir revue; elle apercevait des cimetières, et elle vous rendait compte de tout cela tranquillement, tandis qu'elle faisait le ménage ou mettait le couvert. Pendant trois mois, elle s'est nourrie exclusivement de jaunes d'œufs pris en lavement et s'est peu levée. Elle n'a jamais gâté, même pendant ses périodes de narcose.

« Huit à dix jours avant le début de la crise actuelle, elle disait déjà que des *petites choses adhéraient à sa peau*; elle s'épluchait, raclait sa peau légèrement avec un couteau, et voulait en faire autant aux autres personnes; sans doute elle voyait de petits points sur elles; je crois aussi qu'elle voyait déjà par-ci par-là des araignées. A ce moment, elle ne prenait rien d'autre que ses lavements de chloral et de la morphine. Le Dr D... l'a privée de morphine complètement; une fois seulement il lui a fait une piqûre pour l'endormir.

« Il lui a ordonné une potion de chloral à boire le soir, en plusieurs jours; elle a pris toute cette potion en lavement en une seule fois. Elle en est restée endormie pendant quatre ou cinq jours; les deux premiers jours, elle n'était pas inquiète du tout.

« A son réveil, elle délirait. Suivant elle, on ouvrait ses persiennes, ses portes, on avait déplacé ses meubles; elle ne se rap-

pelait plus qu'elle-même. les avait déplacés pour barricader sa porte. Son enfant, enfermé avec elle, la raisonnait. Elle est allée chercher la concierge pour lui faire voir « les préparatifs faits à son plafond » ; elle m'a envoyé chercher par son fils pour que je vienne « l'aider à tuer tous ces pampelunes » (*sic*). Elle croyait qu'on allait lui couper le cou, la couper en deux, lui fendre le ventre.

« A ce moment, *elle entendait des voix*. Certaines lui disaient des choses obscènes, d'autres la proclamaient roi-nègre, d'autres lui demandaient son argent, d'autres menaçaient la vie de son enfant. Une dame exigeait d'elle deux sacrifices : « celui d'un innocent et celui d'une innocente » ; elle répondait : « Vous voudriez ma fille, je ne l'ai plus ; j'ai bien un innocent, mon fils, mais vous ne l'aurez pas » ; la voix insiste, alors la malade répond « zut », puis elle me dit à voix basse : « J'ai peut-être mal fait, cela va retomber sur mon petit loup (son fils). »

« Elle percevait des choses *innombrables*, presque toujours des *petites choses*, et elle trouvait des petits mots pour les décrire. Des petits bonshommes embrassaient des petites bonnes femmes, dans des cadres ; d'autres creusent des trous dans les murs pour déménager ses affaires ; « ils sont tout petits les bonshommes ». Elle voit défilér une troupe de soldats, « il faut leur donner des pourboires ; un général, il lui faut 20 francs ». Tout cela disparaissait très vite : « Voilà des homards, des langoustes, vous devriez les ramasser, c'est dommage de les laisser perdre. » Les chiens, les oiseaux, les souris, les *araignées* surtout pullulaient.

« Elle épluchait tous les objets, sentait ses doigts percés de coutures, coutures faites avec des fils d'or, croyait frôler dans l'air des fils, renuait les mains pour s'en défaire. Elle sentait aussi sur sa peau *de l'eau* projetée par les petits bonhommes.

« Elle disait à son fils : « Tourne-toi la tête (*sic*), on va me sortir du corps les boyaux, m'enfoncer des barres de fer, des sabres. »

« Sa croyance en ses visions était alors absolue. Elle me disait : « C'est curieux, je vais te chercher, et quand tu arrives, il n'y a plus rien. » Parfois elle entrait en colère quand nous voulions la raisonner. « Vous ne pouvez pas saisir les bêtes, parce que vous allez trop lentement ; je suis bien sûre de les avoir vues, vous me prenez pour une imbécile. » Il a fallu que nous enlevions les cadres où elle apercevait des bonshommes.

« Tous les bruits lui semblaient trop forts ; son oiseau, qui ne

chantait jamais, faisait trop de bruit. *Il lui fallait l'obscurité perpétuellement*; elle se trouvait alors plus tranquille.

« Souvent elle disait avec calme des phrases qui auraient dû l'inquiéter, comme « oh ! le misérable, il va la tuer », ou bien « on va me couper en deux. » Les petits bonshommes lui étaient très souvent sympathiques. « Tiens, ils s'embrassent, *ils sont gentils.* »

Elle reconnaissait mal les choses. Elle me tendait n'importe quoi, en se figurant que c'était de l'argent, pour le donner au général et aux soldats qu'elle croyait avoir aperçus. Ses visions passaient toutes très vite.

« Dans tout cela, rien ne m'a étonnée; j'avais déjà vu la même chose deux ou trois fois. » *Jamais elle n'a pris de cocaïne.* »

Après nous, notre vénéré maître M. le D^r Magnan, puis les D^{rs} Simon, Briand et Toulouse jugèrent comme nous cocaïniques les hallucinations dont ils virent l'acmé et le déclin. Nous le notons, pour prouver combien était complète la ressemblance des troubles chloraliques avec les troubles cocaïniques, dont M. Magnan a contribué à fixer le type.

A Villejuif, dans le service de notre maître et ami M. Briand, la malade, redevenue lucide, n'est cependant pas encore revenue au calme normal, après trois ans (juillet 1909). De juillet 1906 à mai 1907, elle s'est montrée fréquemment indocile, agressive, violente dans ses rapports avec le personnel et les malades. Un jour où son amie M^{me} R... l'attendait au parloir, comme on essayait de l'y conduire, elle se roula sur le sol avec tant de violence, qu'elle se blessa. Isolée ou abandonnée à elle-même elle est généralement tranquille, mais avec un air concentré qui fait prévoir des impulsions pour les moments où on l'approche. Vers décembre, elle s'agite spontanément, crie et chante, tient au parloir des propos orduriers; sa guérison paraît à ce moment incertaine. Même état jusqu'en mai 1907.

En juillet 1907, crise douloureuse, d'aspect hépatique. La malade réclame de la morphine, on lui fait une injection d'eau pure; ayant pu s'emparer subrepticement de la seringue elle se fait deux injections d'urine dans la cuisse; de là, deux abcès.

En septembre 1907, nouvelle agitation.

En juillet 1908, conception délirante. La malade, qui n'est pas sortie depuis deux ans et qui ne possède plus ni ovaires ni utérus, se croit enceinte, parce qu'elle grossit; elle crie et réclame une opération.

En juin 1909, examen du suc gastrique, en raison de douleurs répétées. Résultat négatif.

L'examinant, nous croyons trouver une confirmation du diagnostic de tabes que l'état toxique de 1906 ne nous avait pas permis d'affirmer : abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; Romberg ; pupilles étroites et inégales, avec réaction conservée à droite, mais lente et presque nulle pour la pupille gauche, qui est plus petite. Teint mat et uniforme, relativement pâle pour une Méridionale très brune.

Certaines des crises douloureuses accusées par la malade, quelque apparence qu'elles aient revêtue, ont bien pu être tabétiques. Nous ferons remarquer toutefois que les douleurs observées par nous, lors de l'état d'abstinence morphinique et de chloralisme, étaient bénignes, avaient des caractères spéciaux et ne se sont jamais reproduites au même siège (douleurs pelviennes). Elles devaient donc être chloraliques. Pas de douleurs crurales jusqu'ici.

Au cours de notre conversation, bien qu'elle nous prête le pouvoir de hâter sa sortie de l'asile, elle réussit mal à être aimable, et manifeste maintes fois son irascibilité. Elle invective les malades qui, de derrière une grille, nous observent ; elle ne fait nul effort pour rappeler ses souvenirs, elle trouve des objections à l'examen physique. Elle reconnaît « être très coléreuse », se plaint du personnel en termes injustifiés, et déclare que, quant aux malades, elle se sent « comme forcée » de leur distribuer des claques, quand elles l'approchent. Elle reste au lit pour être seule, et n'éprouve aucunement l'envie de se rendre utile. En résumé, à son intoxication chronique a succédé une perversion peut-être définitive de l'humeur, qui se manifeste, avec ou sans cause extérieure, par des accès du genre maniaque où le sentiment d'hostilité prédomine.

La sphère intellectuelle elle-même semble touchée. Parmi les pensées de la malade qu'elle a exprimées avec calme, certaines ont été d'une absurdité déconcertante ; comme beaucoup de réflexions maniaques, elles semblaient pour une part voulues et destinées à nous surprendre. Ainsi, comme nous faisons remarquer le mal fondé de son ancienne idée de grossesse, elle nous répond : « La Vierge a bien été enceinte. » Parlant de son internement, elle dit : « Cela servira plus tard », sans vouloir expliquer comment ; et, au sujet de ses deux injections sous-cutanées : « L'urine humaine contient de la morphine normalement, j'en suis sûre, j'ai lu cela jadis. » Même proférés avec

conviction incomplète, ou malice, de tel propos dénotent un affaiblissement au moins momentané du jugement.

Au sujet de ses états toxiques, la malade dit, n'avoir aucun souvenir de ses périodes comateuses ni de ses ivresses (faits dont cependant jadis son amie lui a parlé). De sa période délirante de 1906, peu d'images lui restent ; elle se rappelle s'être rendue à un commissariat, et avoir été en cellule, mais elle ne sait plus de quelle façon on l'a transportée à Sainte-Anne, et n'arrive pas à nous reconnaître exactement. Elle a oublié nos conversations, sa haine contre l'infirmière, etc. — La période hallucinatoire dont elle a le moins perdu les souvenirs est celle qui s'est déroulée à son domicile, encore les divers ordres d'hallucinations ont-ils survécu très inégalement. L'onirisme le plus émouvant a laissé le souvenir le plus net : personnages effrayants et menaces de mort. — Les onirismes complexes auxquels elle a assisté avec calme sont oubliés : par exemple cette discussion au sujet de la vie de son enfant, à laquelle elle répondait « zut ». — Des détails oniriques dénués de signification par eux-mêmes, seules les bêtes et peut-être aussi les petits bonshommes lui ont laissé un faible souvenir : tout le reste, grilles, dorures, feuillages et inscriptions, bref, l'imagerie décorative, est oublié radicalement ; la malade ne conçoit pas même qu'elle ait eu des visions de cette sorte. Elle arrive cependant à évoquer le souvenir des fils qui pendaient verticaux ; elle nous assure qu'ils étaient blancs. Chose curieuse, elle n'avait gardé *aucun souvenir des troubles pseudo-cocaïniques* de la vue, de la sensibilité générale et du tact (douleurs, incrustations minuscules sous la peau, coutures de la peau, etc.). Chez notre deuxième chloralique, comme chez elles, les visions d'ordre décoratif ont été les plus oubliées.

II

Récapitulons notre observation. Dégénérée peut-être hystérique, soignée longtemps pour rein flottant, hyperchlorhydrie, coliques hépatiques ; démorphinisée récemment, récemment saturée de bromure et de chloral ; en état de marasme avec des symptômes rappelant le tabes, et présentant un délire hallucinatoire très riche qui rappelle le cocaïnisme.

Au physique : Inappétence, teint jaune verdâtre; pupilles égales, peu réagissantes; déséquilibre rappelant le Romberg, absence des réflexes rotulien, achilléen et plantaire; tremblement léger des doigts, trémulation intermittente de la voix avec achoppement un peu spécial; pas de sensation de vertige; douleurs fugaces aiguës, paresthésies diverses, sensibilité objective non diminuée, gaz abdominaux, constipation, pouls rapide (100), petit, régulier, suffisamment fort; pas de souffle cardiaque.

Etat mental : Indolence, onirisme, quelques accès anxieux, très courts; idéation peu obnubilée, objectivité. Hallucinations tactiles petites, innombrables, souvent de localisation sous-cutanée; sensation illusoire de consistance particulière dans les lèvres et dans la gorge; quelques hallucinations hygriques; fils et surtout points de couture. Hallucinations auditives rares et effacées, rarement organisées. Hallucinations visuelles petites, multiples, égales, kaléidoscopiques, affectant surtout la forme de lacis, d'inscriptions et de décorations; brillantes et confuses à la fois, parfois d'un noir brillant; elles sont spontanées, sans lien de ressemblance, sans rapport logique, considérées comme un spectacle. Quelques illusions. Apparences d'hyperacousie. Eréthisme verbal un peu particulier.

La ressemblance avec le cocaïnisme réside dans les douleurs du type fulgurant, les micropsies de degré divers, les prédominances visuelles et tactiles, l'indépendance des hallucinations par rapport à l'idéation, divers caractères intrinsèques des images hallucinatoires, l'anxiété et l'agitation, enfin l'éréthisme verbal (1). Mais des différences se révèlent à l'analyse.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1889, tome I, p. 146 (Soc. méd. psych. 26 novembre 1888. Christian, Ritti, Briand) et 1889,

A. — L'agitation musculaire a toujours été minime ; la malade n'a montré devant nous ni activité ni énergie ; son anxiété n'a jamais été suraiguë, ni même absolument aiguë ; l'immense majorité des hallucinations n'est pas inquiétante ; elles constituent rarement un scénario suivi ; devant les hallucinations, la malade parle volontiers, et son bavardage ne coïncide pas avec une excitation générale ; il ne s'exerce d'ailleurs pas sur tout sujet, mais semble spécialement affecté à la description des hallucinations kaléidoscopiques ; enfin, sur tout l'ensemble, règne une teinte vaporeuse qui manque dans le cocaïnisme.

Dans le cocaïnisme, l'humeur est mobile ; chez notre malade, elle est presque toujours égale. Le cocaïnique s'exalte en présence de ses visions ; souvent sa terreur est intense. Son abord est souvent hostile.

L'excitation musculaire primitive du cocaïnique facilite les réactions extrêmes et impose souvent au malade une subactivité continue.

Le délire du cocaïnique est souvent coordonné par rapport à un état d'âme, il constitue une fantasmagorie théâtrale comme le délire alcoolique aigu ; il a ses paroxysmes panophobiques. Au cours des hallucinations non effrayantes, le tonus émotionnel, s'il est peu exalté, ne descend jamais jusqu'à l'indifférence totale.

Dans l'intervalle des crises, l'idéation est plus lucide, les malades font montre d'une certaine activité d'esprit. (Un cocaïnique chez Kraepelin, *étudiait* à l'aide de verres grossissants ses micro-hallucinations.)

tome I, p. 146 (*Soc. méd. psych.*, 25 février 1889. Magnan, Saury, Séglas, P. Garnier, Pichon). Dans ce deuxième article, références aux travaux de Erlenmeyer (1886), Obersteiner, Ball, P. Garnier ; de Laborde, Lafont et Richet ; de Mattison. — Magnan et Saury. *Soc. de Biologie*, février 1889. — Magnan. *Recherches sur les centres nerveux* (1888), p. 88.

B. — Les hallucinations tactiles spéciales devraient presque fatalement en imposer pour des troubles cocaïniques. Il s'agissait de picotements *sur* et *dans* la peau, de fourmillement, de sensations *d'épaisseur* ou *de dureté*. Toutefois, à bien analyser, les localisations maximales et la texture semblent quelque peu différentes des habitudes cocaïniques.

Le cuir chevelu est intéressé ; notre malade sent « des coupillures *sur* la peau » ; le cocaïnique sent plutôt à une certaine profondeur *sous* la peau ses insectes et ses pointes d'aiguilles. Nous n'avons pas encore rencontré dans le cocaïnisme la sensation de lèvres épaissies ; par contre, la langue est fréquemment intéressée chez le cocaïnique et chez notre malade elle ne l'était pas. Notre malade sentait *sur* et *dans* sa peau (très superficiellement) des points de couture pratiqués avec des fils métalliques, elle sentait aussi, fait très analogue, de fines coupures ; en résumé, il s'agissait *plutôt de petits trajets superficiels un peu douloureux que de miettes encastrées sous la peau*. Chose singulière, ces sensations n'existaient pas aux points où les corpuscules du tact sont les plus nombreux (pulpes), mais à la face *dorsale* des extrémités (espaces interdigitaux et régions périunguéales), surtout dans les espaces interdigitaux, et surtout aux pieds. On ne voyait pas la malade regarder comme le cocaïnique, *sous* ses doigts, mais seulement dans l'écartement de ses doigts, et au pourtour des ongles. Elle épluchait la peau fine de ces régions, mais ne cherchait pas à creuser sous la peau avec une aiguille, à la déprimer avec l'ongle ; les mains étaient intéressées beaucoup moins que les pieds. La prédominance distale des paresthésies existe dans la cocaïne ; peut-être la localisation strictement périunguéale y est-elle plus rare (tourniole assez fréquente chez les chloraliques). En outre, chaque élément sensitif minimal semble inté-

ressé isolément dans la cocaïne, de là sensation *de points isolés* ; le chloral semble en affecter conjointement tout un petit gronpe, d'où l'impression *de fils courts, de lacs*, de placards entièrement consus.

L'ensemble des paresthésies semble, en outre; siéger un peu plus profondément chez le cocaïnique.

Les hallucinations hygriques n'ont pas été constatées, croyons-nous, dans le cocaïnisme ; l'alcool les produit assez souvent. Elles ont été signalées parfois dans la démorphinisation simple (Cullerre), dans la paralysie générale et dans l'épilepsie (1).

L'impression de fourmillement existe chez notre malade comme chez le cocaïnique, mais à un degré moindre ; ses piqures sont plus immobiles (pointes de petits ciseaux, peu d'insectes).

A degré égal de troubles tactiles, le cocaïnique est peut-être plus absorbé encore (bien que plus lucide) par ses sensations cutanées ; il s'en laisse distraire moins longuement. A degré égal de troubles visuels, il y aurait aussi chez un cocaïnique des troubles tactiles plus intenses ; et enfin, à degré égal de troubles visuels ou tactiles, un cocaïnique eût été moins confus, beaucoup plus actif, et, à de certains moments, violent. Bien entendu de toutes ces nuances différentielles, aucune n'est décisive ; mais elles acquièrent par leur accumulation quelque importance.

C. — Les hallucinations auditives, si elles n'occupent que le troisième rang dans le cocaïnisme, ne sont du moins pas insignifiantes à côté des troubles visuels et tactiles. Certaines des hallucinations auditives de notre malade ont paru être, quant au contenu, indifférentes : « on parle de ceci et cela » ; des jeux de scène importants

(1) Ramadier. Trouble spécial de la sensibilité (sensation de mouillure). *Ann. méd. psych.*, 1888, II, p. 30.

ont lieu en silence ; des personnages dégringolent du vasistas sans le moindre bruit ; des gens sont *vus* en train de se dire que la malade et le médecin se parlent, mais leurs voix ne sont pas entendues ; le fils de la malade apparaît, et de loin il lui crie : « maman », mais sa voix ne vient pas jusqu'à elle. Au début de l'intoxication, il est vrai, les hallucinations auditives ont été par moments abondantes, suivies, dialoguées, constituant un vague scénario. A ce moment, le diagnostic différentiel d'avec un délire éthylique était certainement difficile ; nous croyons toutefois que, même alors, l'aspect d'ensemble nous aurait induit à douter du diagnostic alcoolisme (Voir obs. II).

D. — Les hallucinations visuelles en ont imposé dans notre cas, pour des troubles cocaïniques. Leur contenu consistait en points, fils, contours, parfois insectes, des grilles, des inscriptions plus ou moins courtes, des lettres isolées, enfin des motifs plus ou moins *décoratifs*. Ces derniers sont inanimés ou animés. Leur taille varie du simple point à la hauteur d'une marionnette (20 à 30 centimètres) ; la plus grande longueur des inscriptions lues, ou du champ visuel occupé par plusieurs motifs, semble avoir été d'environ 1^m50. Leurs couleurs sont parfois le bleu et le vert, parfois le jaune et le noir (noir mat et noir brillant). Leurs contours et arêtes sont flous, cependant elles brillent par points et par places (grilles, insectes, petits ronds en or). La reconnaissance de leur contenu n'est pas toujours faite immédiatement ; elles ne fuient pas, mais s'évanouissent. Leur distance varie de 1^m50 à 3 mètres ; *elles s'appliquent* ordinairement au mur et au plancher. Très rarement, elles apparaissent comme aériennes ; leur relief est toujours minime, elles sont vues le plus souvent *à peu près plates* (grilles, inscriptions, silhouettes, branches étalées).

Leurs formes sont souvent à l'état naissant au moment où la malade les signale ; elle les reconnaît ensuite comme des silhouettes quelconques. Les mouvements de ces images ne sont pas rapides, pas saccadées, mais leur disparition est brusque, totale. Le plus souvent, elles ne remuent pas, ou remuent sur place ; les plus remuantes semblent les plus brèves. Leur rythme de déplacement, d'agitation et de remplacement est sensiblement uniforme. Dans les images un peu étendues, le pointillé disparaît.

Dans les hallucinations visuelles cocaïniques, la gamme des dimensions paraît plus étendue. Chez notre malade, les mêmes visions étaient assez souvent allongées dans un sens (lignes, épingles, fils verticaux). Les points aperçus par le cocaïnique restent isolés bien qu'accumulés (milliers de puces, poudre de verre) ; à peine quelques constellations se forment-elles dans le pointillé, les rayures manquent. Notre chloralique, qui a vu parfois des pointillés (poudres d'or et de verre), a vu beaucoup plus fréquemment un mélange de traits et de points brillants : *la tendance à la liaison des éléments entre eux est évidente* : il en résulte des jambages (lettre M), des lacis, des broderies, des doreries (*sic*), des grilles en or, des schémas de bonshommes. On remarquera que chez le cocaïnique, dès qu'il y a multiplicité, il y a fourmillement.

On a signalé, comme couleurs prédominantes dans le cocaïnisme, le vert et le rouge, en outre le noir brillant (surtout en pointillé, cristaux noirs). Chez notre malade nous retrouvons le noir brillant, mais surtout le noir mat ; l'or se rencontre abondamment (grilles dorées, broderies dorées, vulves en or, etc.). Malgré l'or, les images sont souvent, dans leur ensemble, assez pâles ; la cocaïne semble produire plus de colorations vives, plus d'arêtes, peut-être plus de relief aussi.

Souvent les images cocaïniques trouent les murs, on les supprime, telles les images alcooliques. Au contraire, les hallucinations chloraliques (du moins les plus nombreuses et les plus remarquables d'entre elles) sont plates ; elles *adhèrent* si exactement au mur, qu'un de nos malades chloralomanes a pu les dire « faites par des peintres décorateurs qui se sauvent toujours », et l'on pourrait les désigner sous le nom *d'images décoratives*.

Leur forme est l'objet d'incessantes trouvailles, elles ne se succèdent jamais par séries homogènes ; elles n'ont ni la flamboyance, ni les sursauts, ni le grouillement infinitésimal des hallucinations cocaïniques ; leurs mouvements intrinsèques sont lents ; le fourmillement et la vibration sont absents, leur disparition est subite.

Nous avons remarqué l'absence de participation émotionnelle à la plupart des hallucinations visuelles chez notre malade. Ce trait la distingue encore du cocaïnique. D'une façon générale, elle présente une propension beaucoup moindre à l'excitation, soit musculaire, soit psychique.

Un fait capital est la *pullulation plus grande des images hallucinatoires à la lumière, et leur extrême raréfaction dans l'obscurité absolue*. Nous l'avons observé chez notre autre chloralique. Si ce fait était reconnu constant, il constituerait un signe différentiel très utile d'avec l'alcoolisme et peut-être le cocaïnisme.

E. — Nous avons déjà noté l'absence de liaison idéative entre la plupart des images (pas de ressemblances, pas de séries, pas de scénario) et leur répercussion minime sur l'idéation ou l'émotivité, ainsi que l'absence de la répercussion inverse (peu d'interprétations, peu d'émotion, peu de suggestion endogène, peu de suggestibilité).

Dans le domaine musculaire, nous trouvons de l'af-

faissement. Les tendances maniaques et l'aptitude convulsive du cocaïnique sont bien absentes (dans ce cas du moins), de même l'illusion de lévitation et les sueurs.

La sensibilité génitale n'est nullement exaltée chez notre malade; seule la sensibilité *générale* des organes génitaux est en jeu quand elle dit sentir « une moitié du vagin coupée dans la longueur ». Nous avons observé la même atonie génitale momentanée chez un autre chloralique, et cependant, chez ce dernier, les préoccupations relatives à la vie génitale étaient nombreuses.

La cocaïne provoque fréquemment une excitation génitale et un sentiment de jalousie. Ce dernier sentiment, susceptible d'être développé par toutes les intoxications, prend dans le cocaïnisme une véhémence toute particulière (1). Il n'a été signalé, à notre connaissance, qu'une fois, et à un degré faible, dans le chloralisme (2).

En résumé, notre chloralique diffère d'un cocaïnique par l'effacement relatif du tact et de la sensibilité générale derrière le visualisme incessant, par l'idéation pénurique, l'émotivité restreinte, l'atonie musculaire, le mode différent de la loquacité, enfin la texture intrinsèque des hallucinations visuelles.

F. — *Les solanées vireuses* (belladone, datura, jusquiame, pommes de terre ou tomates avariées ou non mûres) provoquent des délires analogues par quelques points au délire cocaïnique (3).

Paresthésies des doigts et des lèvres (épaississement, picotements, etc.). Analgésie. Peut-être tendance aux lacs et aux entrelacs, mais larges, dans les images

(1) Saury. Premier Congrès français d'aliénation mentale (Rouen) 1890. *Annales médico-psych.* 1892. T. I, p. 505 (meurtre). — Conolly Norman. *Journal of mental sciences*, avril 1892, etc.

(2) Anheume et Parrot. Le delirium tremens chloralique. *L'Encéphale*, janvier 1906.

(3) Paul Heiberg (de Copenhague). *Revue neurologique*, 1901.

hallucinatoires (filets et toiles d'araignées sur les objets). Petits animaux *rampants* (Baillarger) ou volants (Christiau); transformation de l'ambiance continuelle. Images difformes, fantasmagoriques, riches en couleurs, flamboyantes même, qui entourent littéralement le malade. Sentiments toujours véhéments (hilarité, érotisme, turbulence, fureur, allure maniaque). Photophobie, phonation et déglutition difficiles. Mydriase, parfois exophthalmie. Tendance à procéder par crises. — En pratique, l'intoxication par les solanées se présente sous forme d'ivresse aiguë plutôt que de délire prolongé sur fonds chronique. — Les menaces de collapsus s'y montrent davantage que dans le chloralisme (1).

L'aconitine donne du fourmillement des lèvres, du nez et de la langue, du resserrement de la face, sensibilité au contact de l'air, sensation subjective de froid, constriction de la gorge, hypersécrétion, hypersthénie cardiaque avec ataxie. Audition diminuée. Mydriase tardive. Décours suraigu (2).

L'héroïne, un instant incriminée par nous en raison de sa constitution éthériforme (deux radicaux acétyles), semble peu capable de produire la floraison hallucinatoire qui est ici le fait capital; elle prédispose seulement aux troubles respiratoires, aux syncopes et aux convulsions (Duhem) (3).

Nous chercherons, après l'étude de notre deuxième chloralique, quelle a pu être l'influence du bromisme et de l'inanition sur le délire des deux malades.

Quant à l'état de besoin morphinique chez la première, nous savons par les discussions fondamentales

(1) Legrain. Les poisons de l'intelligence. *Annales méd. psych.*, 1891 et 1892.

(2) Pouchet. Cours de la Faculté, 1899.

(3) Duhem. *Progrès médical*, 1907.

sur le morphino-cocaïnisme, qui ont eu lieu en 1889, par diverses publications et par notre propre expérience, que la démorphinisation n'engendre pas elle seule de délire hallucinatoire, *du moins spécial* (délires d'épuisement ou toxiques surajoutés) (1).

G. — Nous constatons dans l'anamnèse plusieurs *ivresses chloraliques* pures, des *sommeils chloraliques* avec délire tardif; les *obnubilations*, les *vertiges*, les *tendances syncopales*, les *altérations du sang (teint)*; la *parésie vésicale* et les *douleurs* sont chloraliques. Ces douleurs offrent de remarquables analogies avec les douleurs tabétiques, mais l'analyse montre des nuances différentielles.

Les douleurs dont le siège est pelvien semblent ici plus pariétales que viscérales (carré des lombes psoasiliaques); or, les douleurs strictement pelviennes des tabétiques nous ont toujours paru prédominer dans les viscères et non dans les muscles.

Parmi les douleurs pelviennes de notre malade, celles dont la localisation paraît viscérale semblent porter sur l'intestin plutôt que la vessie: elles sont relativement peu intenses, d'étendue restreinte, de trajet court; elles ne procèdent pas par séries; elles donnent l'impression d'un corps moussé « un couteau de bois »: ce n'est pas l'arme usuelle du tabes.

Notre malade sent exercer sur ses viscères des tractions lâches et indécises; des sortes de grilles y pénètrent mollement, s'y retournent lentement. Le tabétique sent ses viscères rongés, broyés, tordus, brûlés. Chez notre malade, les membres sont le siège de peu de douleurs.

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, 6^e éd. allemande. T. II, p. 142. — Chotzas. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1906. — P. Garnier. *Passim.*, etc.

Les paresthésies tabétiques de la plante des pieds (couche d'ouate, tapis, paillasson) semblent plus étendues, plus cohérentes, que les douleurs disséminées ou linéaires (ligatures, coutures), dont se plaignait notre chloralique ; enfin, la face dorsale du pied est, chez notre chloralique, plus paresthésiée que la plante, ce qui n'est pas l'habitude dans le tabes (1).

Le chloralisme provoque souvent des douleurs très aiguës, soit crampoïdes, soit fulgurantes, soit très spéciales (douleurs en anneaux au-dessus des articulations). Dans notre cas, les seules particularités seraient d'être obtuses et fugitives, enfin d'évoquer parfois chez la malade une *disposition en lacis* (des grilles), peut-être comparables, dans leur pathogenèse aux dispositions similaires constatées dans le domaine visuel.

Les douleurs aiguës sont fréquentes dans la démorphinisation ; mais c'est surtout l'abstinence brusque qui les produit ; elles cadrent avec les sueurs, la diarrhée, les grands désespoirs ; elles affectent la masse des membres avec les articulations, amènent des réactions véhémentes du sujet, affectent peu le type fulgurant ; nous les avons vu disparaître généralement en trois ou quatre jours. Ici les douleurs duraient depuis dix jours.

Les douleurs tabétiformes ont été signalées dans le cocaïnisme. Nous ignorons leurs caractères différentiels.

Notre malade a présenté une certaine maladresse des mains, de l'incertitude de la station et de la marche ; mais ces troubles tiennent du vertige, de la confusion et de la névrite périphérique, non du tabes.

(1) Au sujet des troubles physiques de chloralisme et de leur pathogenèse, consulter l'article fondamental de Rehm : *Chronischer Chloralmissbrauch. Archiv. für Psychiatrie*, 1886, T. I, p. 36. Voir aussi Lewin. *Nebenwirkungen der Arzneimittel*, 1899.

Les troubles de la parole (1), par leur excès même, empêchent de s'arrêter à l'idée d'une paralysie générale : ils seraient, dans cette hypothèse, trop en avance sur une diminution mentale qui d'ailleurs, après trois années, ne s'est pas montrée, du moins dans la forme voulue. Il s'agissait d'ailleurs, non d'accrocs imprévus, mais d'arrêts lents ; les hésitations avaient lieu entre les syllabes, plus souvent que sur les syllabes, comme dans le cas de sécheresse de la bouche ; les lèvres semblaient inhibées plutôt que la langue ; il y avait embarras soudain, non ataxie ; la reprise du départ, lente ou vive, semblait en tout cas plus facile qu'après l'accroc paralytique ; le tremblement qui annonce l'arrêt ou lui succède était en quelque sorte plus flou.

(1) Ballet et Delherm. Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant la paralysie générale. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 22 mai 1902. Antheaume et Parrot. Delirium tremens chloralique. *Encéphale*, 1906.

(A suivre.)

Revue critique.

LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

Par le Dr Lucien LAGRIFFE

Médecin des asiles d'aliénés.

Il est un livre dont le seul défaut est d'être ancien ; il est peu lu, mais il a l'avantage, pour ceux qui daignent l'ouvrir quelquefois, d'avoir été écrit par un observateur qui voyait comme on savait voir il y a soixante-quinze ans. Dans ses *Fragments psychologiques sur la folie* (1), Leuret s'élève contre une tendance des aliénistes de son temps à confondre sous la même dénomination de monomaniaques aussi bien le malade qui entend des voix, que le sorcier qui va au sabbat, l'inspiré, l'homicide par impulsion irrésistible et beaucoup d'autres malades encore parmi lesquels le célèbre médecin de la Salpêtrière distingue ceux qu'il nomme des arrangeurs.

« *L'arrangeur*, dit Leuret (2), n'a pas d'hallucination, « de vision, d'inspiration ou de penchant pervers ; il a « une idée, une de ces idées qui nous viennent à tous..., « que nous savons éloigner quand elle nous paraît déraisonnable... L'arrangeur ne peut pas se défaire de son « idée, il en est esclave... Pour prouver ce qu'il a dans « l'esprit tout lui sert... Pourquoi, me dira-t-on peut-être, ne pas lui conserver le nom de monomaniaque?... « Mais celui qui entend des voix, vous l'appellez aussi « monomaniaque... Au lieu de les confondre, moi je « cherche à les distinguer et je prends pour base de ma

(1) Paris, Crochard, 1834.

(2) P. 47.

« distinction le caractère essentiel de leur maladie.
« L'arrangeur n'a pas d'hallucinations... »

L'observation de Leuret passa inaperçue longtemps ; lorsque la conception des monomanies fut démodée, on confondait encore sous la dénomination de délires systématisés chroniques un grand nombre d'états qui manifestement n'avaient ni les mêmes caractères, ni la même allure, ni le même pronostic.

On sait comment le délire chronique à évolution systématique s'est dégagé peu à peu du groupe varié des délires systématisés chroniques, délires dominés par la notion de la dégénérescence mentale. Depuis 1890 M. Sérieux, et depuis 1902 MM. Sérieux et Capgras, ont essayé et sont parvenus à dégager de ce groupe un type nosographique nettement caractérisé ; ils lui ont donné le nom de *psychose chronique à base d'interprétations délirantes* ou plus succinctement de *délire d'interprétation* (1).

Or, c'est à ce type qu'il faut rapporter le cas de la plupart de ces malades que Leuret appelait des arrangeurs ; ce sont des malades ou plus exactement des infirmes du cerveau qui arrangent ce qui n'a pas besoin d'être arrangé ; qui interprètent ce qui n'a pas besoin d'être interprété ou qui du moins l'interprètent dans un sens anormal. Parmi bien d'autres caractéristiques, le délire d'interprétation possède surtout celle-ci de ne pas s'accompagner, du moins d'une manière essentielle, de troubles sensoriels ; tout comme l'arrangeur de Leuret, l'interpréteur de Sérieux et Capgras n'a pas d'hallucinations.

Ceci est capital. Nous avons, aujourd'hui encore, une tendance beaucoup trop marquée à rapporter aux hallucinations, tout ce qui chez l'individu atteint d'une maladie mentale, nous paraît être anormal. On pourrait presque prétendre, en thèse générale, que bien avant d'exister chez le malade, la fausse interprétation existe chez le médecin : un malade ou même parfois un individu soupçonné de parson internement d'être malade, se plaint qu'on l'injurie, parle seul, prétend que sa

(1) P. Sérieux et J. Capgras. *Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation*. Paris, Alcan, 1909.

femme le trompa, comme il arrive si souvent pour les alcooliques qui ont pourtant bien le droit d'être vraiment des maris trompés, on a tôt fait de dire qu'un tel malade est halluciné. Pourtant l'injure, l'adultère sont des faits vraisemblables et tous nous connaissons des gens dont la santé d'esprit est indéniable et qui parlent seuls ; il y a des gens qui ne penseraient point s'ils ne remuaient pas les lèvres. Et alors bien souvent, si l'on va au fond des choses et en matière d'aliénation il faut toujours y aller, on s'aperçoit que véritablement une injure a été prononcée, que véritablement le fait quelconque accusé par le malade ou par le soi-disant malade est réel ; reste à savoir si l'injure s'adresse à lui ou si le fait signalé le concerne. S'il n'en est rien, il y a soit erreur, soit fausse interprétation. On voit donc de combien de précautions il faut s'entourer et combien il est nécessaire, pour examiner complètement un malade et pour ne pas commettre des erreurs qui ne peuvent lui être que préjudiciables, de replacer ce malade dans son milieu ou de l'étudier dans ses rapports avec son milieu. L'aliéné, c'est-à-dire au sens propre du mot, l'individu qui depuis sa maladie est devenu différent de ce qu'il était avant, peut, jusqu'à un certain point, être examiné comme un individu isolé ; le paranoïaque, au contraire, ne peut être envisagé sans qu'il soit tenu compte de l'ambiance dans laquelle il vivait, il vit ou doit vivre. Il n'est et ne peut être considéré comme un malade que par comparaison avec les autres, du moins avec ceux dont le fonctionnement cérébral est parfait. C'est en procédant ainsi que l'on peut arriver à se rendre compte si telle ou telle assertion est le fait ou n'est pas le fait d'une hallucination.

On peut voir alors que les erreurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne saurait croire. Déjà, en 1850, Falret, le père, estimait que le nombre des hallucinés avait été beaucoup exagéré, et il semble que cette exagération soit de règle aujourd'hui encore, surtout à l'endroit des troubles mentaux qui se traduisent par des idées de persécution, pour lesquelles les hallucinations paraissent être considérées par beaucoup d'aliénistes comme un élément nécessaire. C'est donc déjà un grand service que MM. Sérieux et

Capgras ont rendu à la psychiatrie en attirant à nouveau l'attention sur l'intérêt majeur qu'il y a de savoir, d'une façon précise, si telle maladie mentale s'accompagne véritablement d'hallucinations.

Dans le délire d'interprétation, en effet, la fausse interprétation joue le rôle que jouent dans d'autres psychoses les hallucinations ou les illusions, les illusions sensorielles tout au moins, car il ne faut pas manquer d'observer que la fausse interprétation est elle-même en général une illusion, et en particulier une illusion du jugement. L'halluciné attribue au monde extérieur, et, si l'on veut, rapporte à la périphérie une sensation qui n'en émane pas ; il extériorise une sensation interne. Car il ne faut pas dire que l'hallucination est, d'une manière absolue, une perception sans objet ; elle est plutôt, à proprement parler, une illusion de la perception, et elle ne devient pathologique, au point de vue mental s'entend, que lorsqu'elle s'accompagne ou lorsqu'elle est suivie d'une erreur du jugement qui fait qu'elle n'est pas enregistrée comme une hallucination ou qu'elle est incorporée par celui qui en est la victime à un système délirant plus ou moins organisé et systématisé. L'hallucination est donc une erreur de la perception ; l'illusion, au contraire, est une erreur de la sensation, de l'aperception : l'objet perçu existe, il est perçu d'une façon probablement normale, mais la façon dont il est aperçu ne correspond pas à la réalité. C'est là sans doute encore une erreur du jugement, mais qui fait que l'objet, au lieu d'être déplacé, comme dans l'hallucination, est déformé. L'individu qui souffre d'illusions n'est pas un miroir fidèle pour la sensation, il la réfléchit conformément aux lois, mais il la reproduit mal.

A côté de l'hallucination et de l'illusion, il existe donc un troisième terme, qui est représenté par la fausse interprétation. Dans la fausse interprétation, la sensation, le fait sont exactement perçus et enregistrés, mais ils sont inexactement interprétés, et il leur est attribué une signification qui ne correspond pas à la réalité. La fausse interprétation a donc un caractère général qui ne permet pas de la considérer toujours comme un phénomène pathologique. Rien de plus

commun que la fausse interprétation, rien de plus humain, *errare humanum est*. Mais cette fausse interprétation, et c'est là ce pourquoi elle nous intéresse, est en quelque sorte l'élément primordial, l'élément essentiel de l'interprétation délirante. Que lui faut-il donc à cette fausse interprétation pour qu'elle puisse servir de substratum à un ensemble pathologique? Il lui faut entrer dans un système où elle puisse se fixer de manière à pouvoir résister à toutes les tentatives de redressement. Cette fausse interprétation peut, dans certains cas, rester unique; c'est là une exception qui ne se rencontre guère que chez les individus fortement tarés ou chez les débiles; il est bien rare encore qu'elle ne soit pas accompagnée ou qu'elle ne soit pas suivie de phénomènes délirants. Mais ordinairement, et particulièrement dans le délire d'interprétation, elle s'accompagne d'autres fausses interprétations auxquelles elle a servi pour ainsi dire d'appel, de noyau; ces fausses interprétations, qui deviennent décidément des interprétations délirantes, se multiplient d'une façon presque constante, s'organisent, se systématisent. Il est nécessaire pour cela que les fausses interprétations tombent sur un terrain capable de les faire germer. C'est qu'en effet, chez le délirant interpréteur, en vertu d'une constitution nativement mauvaise et dont le caractère est essentiellement égocentrique, le jugement est faussé; et non seulement le malade interprète faits ou sensations d'une façon erronée, mais, et c'est là un des points capitaux, il leur donne toujours une signification personnelle. Tout s'adresse à lui et rien ne peut s'adresser qu'à lui; il se considère comme constituant forcément le centre du monde, et tout ce qui se passe autour de lui tend vers lui. Alors, son caractère inquiet et soupçonneux fait que rien ne lui échappe, et il en vient à se mettre à l'affût de tout ce qui grâce à son jugement bizarre, et grâce à ses explications, à ses *interprétations* spécieuses et contournées, peut, même simplement à la rigueur, être incorporé à ce qui constitue, au point de vue physique comme au point de vue psychique, sa personnalité. L'interpréteur fait preuve, et il faut bien qu'il en soit ainsi, d'une ingéniosité, d'un caractère retors vraiment déconcertants. Il semble

que tout soit cherché et en quelque sorte voulu, et toujours, rien, rien ne lui échappe.

L'interprétation délirante, dans le délire d'interprétation, fait donc partie d'un système, et ce système évolue autour du moi ; mais ce n'est pas à dire cependant que ce système détermine, à proprement parler, une transformation de la personnalité : car qui dit transformation dit altération, lésion, et qui dit lésion dit processus évolutif, aboutissant forcément soit à une dissolution rapide, soit tout au moins à une infirmité, à un déficit à caractère stable et définitif, c'est-à-dire, en matière d'aliénation mentale, à de la démence.

Or, il n'y a rien de tel dans le délire d'interprétation ; cette affection se manifeste, en effet, chez des individus présentant depuis longtemps, peut-être depuis toujours, un état en quelque sorte diathésique, qui fait que chez eux l'altération de la personnalité est pour ainsi dire congénitale : *diathèse d'interprétation*. Aussi, le jour où le délire se manifeste ou devient manifeste on peut dire qu'il existait déjà à l'état de tendance, qu'il pré-existait ; la personnalité du malade ne s'est donc pas modifiée, elle a simplement continué de se développer, et l'on retrouve chez celui qui est devenu un malade tous les caractères, mais amplifiés et grossis, qui l'individualisaient autrefois. Aussi, ne peut-on vraiment pas dire de tels malades qu'ils sont des aliénés, puisque somme toute ils restent eux-mêmes ; mais ils sont des paranoïaques, et ils deviennent tels à l'instant où ce qui n'était chez eux qu'une tendance s'actualise, se développe, s'hypertrophie pour les entraîner définitivement dans un sens que leur situation antérieure pouvait déjà faire prévoir. Malgré quoi ils restent ce qu'ils étaient auparavant, c'est-à-dire que leur activité intellectuelle, leur lucidité, leur capacité persistent. C'est donc surtout à ces malades que l'on peut appliquer l'épithète de fous moraux, de fous raisonnants ; si leur délire s'accroît d'une manière constante, ce n'est pas parce que leur jugement baisse, mais parce que leur jugement s'aiguise, et ils deviennent ainsi incurables sans verser dans la démence terminale. La maladie dont ils font les frais est vraiment, en l'état des choses, une maladie purement fonctionnelle : fonction pervertie originairement

qui continue de s'exercer dans le sens de sa perversion, tout comme une fonction normale dont l'exercice permet aux individus sains de continuer d'acquérir et de se développer dans un sens toujours identique à lui-même. Jamais la maladie n'évolue, jamais par conséquent elle ne se transforme, mais tous les jours elle s'accroît d'éléments nouveaux qui l'ancrent et qui la consolident.

Combien tout cela est différent de ce qui se passe dans le délire chronique à évolution systématique où se produit une rupture brusque entre le passé et le présent, où l'on perçoit nettement le moment où la maladie commence, maladie dans laquelle les interprétations délirantes ne sont qu'une tentative d'explication des troubles ressentis; tentative d'explication qui est loin de satisfaire toujours le malade, parce que, pendant un certain temps tout au moins, certains éléments normaux qui firent partie de l'ancienne personnalité persistent comme des séquelles dans le champ de la conscience et entrent en conflit avec les éléments nouveaux fournis par la maladie elle-même. D'un tel conflit résulte alors un état d'inquiétude, une incertitude, une véritable lutte qui n'existe pas et ne peuvent pas exister dans le délire d'interprétation. Peu à peu, au fur et à mesure que les éléments de l'ancienne personnalité disparaissent, les points de comparaison entre le nouvel état, état pathologique, et l'ancien état, état normal, font de plus en plus défaut; il arrive ainsi un moment où le critérium disparaît et où le délirant chronique n'est plus qu'un malade complètement différent de ce qu'il était autrefois; la rupture qui se produit chez lui devient pour lui-même insensible et lorsque les troubles sensoriels éclatent, ils apportent une explication qui coupe court à l'inquiétude et aux hésitations anciennes. On assiste ainsi, et l'étude des hallucinations progressives montre bien la réalité de ces diverses étapes, à l'invasion de la maladie, à son extension et à sa terminaison qui ne peut être que de la démence.

Les caractères principaux du délire d'interprétation sont donc extrêmement précis, et cette affection présente tout ce qu'il faut pour que son autonomie soit reconnue; à la base, des interprétations délirantes qui

se multiplient et s'organisent, puis qui s'étendent progressivement au cours de l'évolution, avec persistance de l'activité psychique et de la lucidité; incurabilité sans démence terminale et, comme il est bon d'y insister, absence ou contingence des hallucinations.

Nous avons vu précédemment que ce délire est l'actualisation de tendances antérieures; il reste donc à savoir comment, par quel mécanisme, se produit cette actualisation. Diverses explications en ont été données; parmi celles-ci, celle qui semble le mieux répondre à la réalité est celle qui, s'inspirant de la théorie idéo-affective de Bleuler, considère comme caractère constant de la paranoïa : la persistance au premier plan de la conscience d'un système de représentations avec accompagnement effectif. C'est, en effet, l'explication qui paraît s'adapter le mieux aux faits cliniques. Hypertrophie ou hyperesthésie du moi, conflit de cette personnalité psychopathique avec le monde extérieur, idée fixée par l'émotivité et soustraite ainsi au contrôle de l'autocritique, ou plutôt soumise au contrôle d'une critique qui ne peut plus s'exercer que dans le sens le plus simple; de sorte que les explications retenues sont celles qui concordent le mieux avec les états de conscience habituels, les tendances prédominantes. L'interprétation délirante s'installe ainsi et, de plus en plus envahissante, finit par devenir, grâce à la tournure de l'esprit, une véritable habitude capable de s'exercer désormais en dehors de tout état émotionnel intense.

Le délire d'interprétation est donc fonction de deux facteurs, dont l'un relève de la sensibilité et l'autre de l'intelligence.

Cette explication très simple a d'autant plus de chances d'être une explication vraie qu'elle permet de se rendre compte de ce qui se passe déjà à l'état normal. L'erreur d'interprétation ou la tendance à cette erreur est un phénomène d'observation courante auquel les esprits les plus sains n'échappent guère; l'égarement de la passion en est l'exemple le plus net, bien qu'on puisse soutenir à la rigueur qu'il n'est pas sans revêtir un certain caractère pathologique, la passion pouvant conduire à une véritable altération de la personnalité. Je n'en veux pour exemple que la si intéressante

observation rapportée par Maurice de Fleury (1) et dont s'est fortement inspiré M. Maurice Maindron (2), tout en en modifiant la fin. D'ailleurs, Maurice de Fleury assimile l'amour-passion à une intoxication, et il n'y a dans ces conditions rien que de très naturel à voir s'y associer, tout comme dans l'alcoolisme chronique avec délire interprétatif de jalousie, les deux facteurs pathogéniques du délire d'interprétation pur.

N'y aurait-il pas là un fait général et ne pourrait-on pas considérer que tout ce qui est capable de spécialiser l'intelligence jusqu'à l'hypnotiser est de nature à produire, en partie ou en totalité les mêmes effets qu'une intoxication? Déjà Leuret trouvait une grande analogie entre les opérations de l'esprit chez les savants *systématisateurs* qui généralisent trop vite quelques idées particulières et chez les arrangeurs. Il est évident qu'au point de vue de l'hygiène morale une spécialisation extrême ne peut avoir que des inconvénients et il y aurait un délicieux chapitre à ajouter à ceux de la *Médecine de l'esprit* de Maurice de Fleury sur les inconvénients psychiques de la spécialisation à outrance. Poursuivant la même idée, M. Chesterton (3), un des littérateurs anglais contemporains les plus intéressants, dans une série de paradoxes charmants où, religieux et constructeur, il « défend le christianisme comme « Macaulay la Constitution anglaise », loue ledit christianisme de n'être pas logique, car si la logique n'est pas toujours l'insanité, du moins l'insanité est-elle toujours la logique.

« Les mathématiciens, les caissiers, les joueurs « d'échecs, voilà les candidats à la folie, rarement les « poètes et les artistes.... Certainement un Edgard « Poe s'est approché de la folie, un Cowper y est tombé, « mais l'élément morbide chez Poe fut sa manie d'ana- « lyse et de déduction, et Cowper a trouvé dans sa « poésie son remède et non sa maladie. »

(1) *Introduction à la médecine de l'esprit*. Alcan, Paris, 1897, p. 354.

(2) *L'arbre de science*. Lemerre, Paris, 1906.

(3) André Chevrillon. L'orthodoxie paradoxale. *Revue de Paris*, 15 juillet 1909.

N'est-il pas vrai de dire que ce sont là des paradoxes, mais ils sont charmants, car ils renferment une grosse part de vérité. Comme de l'homme d'un seul livre, il faut se méfier de l'homme d'un seul travail.

Notre interpréteur, auquel il faut bien revenir, est, lui aussi, un spécialisé, un *spécialisé pathologique*; il se spécialise en lui-même; il marche droit, toujours droit, mais droit devant lui, et comme son chemin est un mauvais chemin et qu'il ne voit que lui, il chemine toujours et pour toujours sur une route pleine d'erreurs. Ainsi, systématiquement, il se spécialise dans l'erreur. Après avoir choisi dans les mille événements journaliers tout ce qui peut s'adapter le mieux à son idée maîtresse, son attention se concentre sur ce choix, et il finit par apercevoir des rapports qui échappent, et pour cause, aux observateurs les plus pénétrants. Cet exercice constant de ses facultés dans un sens toujours faux et identique, fait qu'un moment arrive où l'interpréteur recherche pour ainsi dire les fausses interprétations, court au-devant d'elles et, je dirai presque, les provoque; il rejette tout ce qui ne peut pas s'accorder avec l'ensemble délirant qu'il construit; comme le passionné il est aveugle et pour en revenir à Maurice de Fleury, il est, comme l'Amour, empêché par un bandeau.

Cela n'empêche pas que l'interpréteur se retourne souvent pour considérer le chemin parcouru; sa mémoire, et c'est là un fait capable, plus que tous les autres, de prouver que l'interpréteur, du moins en tant qu'interpréteur, ne parvient jamais à la démence, joue un rôle dans l'élaboration de son délire où entre un élément rétrospectif assez important. Le malade travaille sur des images anciennes, celles du moins qui sont aptes à être incorporées dans l'ensemble délirant. A ce point de vue, l'ingéniosité de l'interpréteur est véritablement extraordinaire et pourrait, dans certains cas, faire supposer, ce qui, au surplus, n'est peut être pas improbable, que la tension de son esprit et l'exagération de son émotivité peuvent favoriser la production d'une hypermnésie et même parfois d'une paramnésie. Mais peut-on penser qu'il y a parmi les interpréteurs de nombreux mythomanes? Cela me paraît très difficile à déterminer, car encore faudrait-il prouver que certains mensonges

incriminés ne sont pas des rêves ou des aspirations ; car dans l'enchaînement de ses conceptions, l'interpréteur suit bien les lois de la logique des sentiments et non celles de la logique rationnelle, mais il y a tant de raison dans les sentiments et tant de sentiment dans la raison. Cela est vrai pour les sujets normaux et à plus forte raison pour ceux dont le jugement est faussé et qui deviennent incapables de regarder autour d'eux. L'intensité de l'émotion qui accompagne la venue, la naissance de l'idée prévalente fait que le champ de la conscience se rétrécit, de même qu'un objet très vivement éclairé absorbe toute l'attention au détriment de ce qui l'entoure et semble plus grand et plus important qu'il n'est en réalité parce que sa périphérie se confond avec le rayonnement. Cette idée prévalente qui représente à la fois l'origine et le contenu de l'interprétation est fixe et elle se diffuse ou, du moins, elle attire vers elle des éléments de plus en plus nombreux ; au point de vue de la causalité elle fait boule de neige, de telle sorte que plus elle est ancienne, plus elle est solidement ancrée, fortifiée, étayée. Ce qui n'était primitivement qu'une idée fausse, une fausse interprétation, devient une interprétation délirante, systématique et celui qui n'était qu'un interpréteur devient un paranoïaque, c'est-à-dire un aliéné au sens le plus général du mot. C'est donc au moment où elle se diffuse que l'erreur devient une idée délirante. Mais pourquoi se diffuse-t-elle ? Elle se diffuse parce qu'elle plonge ses racines dans les profondeurs du moi et qu'elle rencontre ainsi un terrain favorable, idoine à sa germination.

C'est donc en définitive dans l'intimité de la personnalité qu'il faut rechercher la cause première du délire d'interprétation et de la diffusibilité des fausses interprétations ; quant à l'incorrigibilité de l'idée délirante, point n'est besoin d'en rechercher si particulièrement les raisons ; car cette incorrigibilité, l'idée délirante la partage avec les erreurs, les préjugés, les croyances dont se leurre depuis des siècles et dont se leurrera toujours avec la même ardeur, avec le même entêtement toute l'humanité. Mais l'idée délirante chez ceux qui sont destinés à devenir des malades est attendue, et joué en quelque sorte chez eux, le rôle de Messie ; tout était

préparé *ab ovo* pour la recevoir, il est douteux qu'elle soit survenue par hasard ; le malade n'a donc pas à lutter contre son invasion, car elle tombe pour y germer dans une conscience, dans un esprit où elle n'apparaît nullement comme étrangère ; en un mot, elle n'est pas une obsession, elle n'est pas obsédante, il semble pour ainsi dire, tant elle est facilement accueillie et acceptée, qu'elle ait toujours existé là à l'état latent.

Elle exige donc pour son développement une constitution spéciale ; cette constitution spéciale, *ce fond maladif de la sensibilité et de l'intelligence* (Falret), c'est la *constitution paranoïaque* (Sérieux et Capgras). Dans la formation de cette constitution, l'hérédité joue un rôle prédominant, ainsi que l'éducation, dans ce sens qu'elle ne parvient pas à corriger l'hypertrophie du moi et les tendances égocentriques. Il semble même que dans certaines circonstances l'éducation puisse favoriser le développement de ces tendances, lorsqu'elle tend à élever l'individu au-dessus de sa condition et de sa caste ; les futurs interpréteurs sont des individus qu'il est toujours dangereux de chercher à déclasser. Le milieu nouveau, au niveau duquel on cherche à les élever, contient pour eux tant de choses inconnues qu'ils ne tardent pas à y trouver, plus qu'ailleurs, des occasions de conflit.

Le tout est donc de connaître les signes permettant de craindre ou de prévoir l'éclosion d'un délire d'interprétation. La dégénérescence physique est assez rare dans l'aliénation mentale, elle est rare aussi chez les interpréteurs dont la dégénérescence est surtout psychique et se traduit d'une manière presque exclusive par du déséquilibre : le futur interpréteur se montre dès l'enfance indiscipliné, extravagant, instable, susceptible, jaloux, soupçonneux ; sans expansion et n'ayant confiance qu'en lui-même, son état mental peut se résumer en ces deux termes : lacunes intellectuelles et anomalies affectives. Celui qui deviendra plus tard un fou ne manque jamais de passer dès l'abord pour un original et ultérieurement sa destinée n'étonne personne. Déjà à cette époque, par suite des anomalies du jugement, de la diminution de l'autocritique, du paralogisme, joints aux troubles de l'affectivité, tout ce qui intéresse le moi

et même quelquefois une partie de ce qui ne devrait pas l'intéresser déterminent une excitation émotionnelle intense ; car l'habitude de s'isoler, de contempler uniquement un moi grossi, fait rapporter à ce moi tout ce qui est en dehors de lui, et ne peut tendre qu'à augmenter les idées de supériorité ; le futur malade se croit méconnu, jalouse ou en proie à la malveillance ; comme dans le cadre qui lui est imparti et qui est évidemment le même que celui des autres, sa personnalité dont il s'exagère l'importance se trouve à l'étroit et déborde, le conflit avec le monde extérieur s'accroît, mais il ne fait que s'accroître car il existait déjà ; il est décidément beaucoup moins un individu inadaptable qu'un individu originellement inadapté.

Jusqu'à là cet état n'est évidemment pas normal, mais il constitue si l'on veut, une sorte d'habitude où l'équilibre persiste malgré que ce soit là un équilibre instable ; bientôt une cause déterminante va tout changer. Généralement c'est un élément affectif, un état passionnel ou émotif affectant vivement le moi ; c'est à ce moment que toutes les tendances anciennes s'actualisent, que l'idée prévalente devient une idée délirante et directrice et pour laquelle le malade va lutter, au contraire de l'obsédé qui lutte contre son idée fixe. Le conflit avec le milieu passe à l'état aigu, le malade fait flèche de tout bois, tout converge et tout rayonne autour de son idée délirante : c'est une véritable polarisation.

Suivant la tournure de l'esprit et suivant aussi la tournure de l'idée prévalente, la maladie une fois déclarée revêt les aspects les plus divers : mais les idées de persécution sont naturellement les plus fréquentes ; elles vont des simples idées de préjudice, forme atténuée ou pour ainsi dire négative du délire de persécution, jusqu'aux idées de persécution les plus accentuées. On évite le malade, on chuchote ou l'on se tait à son approche, on parle de lui aux autres, on déplace les meubles, on fait des gestes près de lui, on s'occupe de lui dans les journaux, dans les annonces, on le suit, des gens déguisés l'espionnent. Les ennemis font généralement partie de l'entourage le plus immédiat, ils appartiennent rarement à une collectivité et sont quel-

quefois de hauts personnages. Alors que certains de ces malades subissent leur sort avec une douceur et une résignation évangéliques, d'autres, en proie à une anxiété constante, cherchent à échapper aux persécutions par la fuite et rentrent dans la catégorie des persécutés migrants, ce sont des résignés dont l'exemple le plus typique est celui de Jean-Jacques Rousseau. D'autres enfin, passant de la simple défense à l'attaque, deviennent des persécutés persécuteurs. Si l'idée de supériorité personnelle est commune à tous les interprétateurs, il en est certains cependant chez qui cette idée prend une importance considérable et presque exclusive pour aller jusqu'à l'idée de grandeur. C'est parmi ceux-ci que se recrutent beaucoup de ces rois sans couronne qui appartiennent autant à la pathologie qu'à l'histoire et qui se partagent entre les interprétateurs et les revendicateurs : comme Naundorff, le faux Louis XVII, qui semble avoir été un interpréteur, comme Maria Stella Chiappini, la substituée de Louis-Philippe, qui paraît n'avoir été qu'une revendicatrice ; c'est parmi les interprétateurs que l'on rencontre aussi des inventeurs, des réformateurs qui comme les prétendants et les rois dépossédés trouvent souvent des défenseurs et des partisans.

Le délire de jalousie n'est qu'une des formes du délire de persécution, mais il est lié parfois à une forme très fréquente et plus intéressante : le délire érotique, qu'il vaudrait peut-être mieux appeler le délire amoureux ; c'est le cas de nombreux amoureux d'artistes lyriques, de serviteurs amoureux de leur maîtresse, comme le cas que j'ai rapporté d'un précepteur qui se croyait aimé de la mère de son élève (1), comme peut être le cas de Gérard de Nerval poursuivant Jenny Colon en qui il croyait reconnaître Adrienne, comme le cas d'un autre malade que j'ai observé et qui prenait ses domestiques pour des princesses déguisées n'entrant chez lui que pour le séduire.

La forme mystique est plus rare, mais la forme hypocondriaque l'est beaucoup moins ; cette forme constitue d'ailleurs un type intéressant en ce sens que les

(1) *Archives de neurologie*, septembre 1906.

interprétations délirantes au lieu d'y être exogènes, y sont endogènes. Nous avons observé un malade rentrant dans ce cas, dont le déséquilibre s'était d'abord traduit par une instabilité remarquable : il avait en quarante-quatre ans changé onze fois de profession, tour à tour élève en pharmacie, octroyen, greffier de paix, débitant, marchand ambulant, etc., etc. ; atteint d'un cancer de l'estomac dont il ignorait l'existence, il attribuait à une spermatorrhée problématique une impuissance génitale qui durait depuis deux ans. Ce malade finit par tirer des coups de revolver sur un chirurgien de Brest qui se refusait à l'opérer (?) de sa spermatorrhée.

La période d'incubation ou d'élaboration est longue et passe ordinairement inaperçue, car elle succède à des tendances malades ; il est donc assez difficile de préciser le moment où commence une maladie qui se confond avec la vie du malade. Quelquefois, à l'occasion d'un paroxysme, le médecin est consulté, et apprend alors par hasard l'existence depuis longtemps d'une manie soupçonneuse.

A l'occasion d'une cause banale survient la période d'état. L'interprétation délirante constitue pour l'esprit du malade une révélation qu'il accueille sans discussion et sans contrôle ; il continue alors de travailler ainsi sur des perceptions exactes ; toute interprétation formulée est définitivement acquise, c'est ce qui donne au délire son caractère d'expansion : le persécuté qui a désigné d'emblée son persécuteur en découvre ensuite d'autres, l'ambitieux ajoute les titres aux titres et cette expansion est facilitée par ce fait que ces malades ne s'isolent pas, mais restent en relation avec le milieu.

La période d'état persiste ainsi indéfiniment grâce à la conservation de l'activité délirante et de la vigueur intellectuelle ; le paranoïaque ne guérit pas, mais cependant quelquefois, grâce à l'affaiblissement dû à la sénilité, il désarme.

On peut observer des rémissions plus ou moins longues, caractérisées par des hésitations, des doutes dont il est parfois difficile de dire s'ils ne sont pas dus à la réticence ; mais en revanche on note aussi des paroxysmes interprétatifs, véritables accès maniaques : ne s'agirait-il pas là d'une fluxion passagère causée par

nue légère intoxication; un état gastrique, des excès, un mauvais état général? Il en est de même des accès de dépression, des bouffées délirantes polymorphes si fréquentes chez les dégénérés, des bouffées oniriques dont le malade, guéri, reconnaît d'ailleurs le caractère morbide tout en les attribuant quelquefois à des persécuteurs.

En partant du délire d'interprétation des débiles qui se caractérise par des interprétations absurdes, pauvres et stéréotypées, on peut observer tous les degrés jusqu'au terme extrême constitué par le délire de fabulation : là, la systématisation est très compliquée. On croit entendre un roman bâti de toutes pièces et l'on se demande sans cependant pouvoir en trouver et en fournir la preuve s'il ne s'agit pas de mythomanes qui ont fini par se persuader de la réalité de leurs inventions; ce dernier terme étant nécessaire puisque ces malades se laissent interner alors qu'il leur serait facile de reconquerir leur liberté en se rétractant.

Le délire de supposition constitue le pendant du délire de fabulation : les interprétations y sont imprécises et la systématisation par conséquent imparfaite, jamais fixée. La dénomination de délire d'hypothèse ou de délire dubitatif lui conviendrait mieux.

Lasègue et Falret ont fait remarquer que la vraisemblance d'un délire facilite sa contagiosité, il n'y a donc rien d'étonnant que le délire d'interprétation soit le type de la folie convaincante. Réformateurs, utopistes, inventeurs, prétendants rencontrant souvent dans la Presse, dans les Parlements, dans le Barreau des alliés et des défenseurs, il n'est pas surprenant qu'ils arrivent à convaincre aussi des gens moins avertis et surtout leurs proches. Ordinairement, l'individu qui a subi la contagion guérit, il n'a présenté alors qu'une psychose symptomatique à base d'interprétations délirantes et non un délire d'interprétation. Mais il arrive parfois aussi que deux interprétateurs typiques se rencontrent, il s'agit alors de folie simultanée; chaque malade emprunte à l'autre ses éléments personnels pour enrichir son propre délire et les deux folies finissent par être superposables puisque leurs éléments constitutifs sont communs.

Le diagnostic du délire d'interprétation est ordinairement

rement facile sous la réserve d'une observation attentive ; mais la maladie est parfois méconnue, car les interprétateurs sont souvent reticents et dissimulateurs ; ils se révèlent alors quelquefois dans leurs écrits ou par leur attitude.

Le diagnostic le plus délicat, et peut-être le seul délicat, est celui qui doit être fait avec le délire de revendication. Dans ce dernier cas il s'agit d'un état passionnel obsédant chronique dans lequel les interprétations erronées sont rares, circonscrites, secondaires et accessoires et qui reconnaît pour origine une idée obsédante localisée à une théorie ou à un fait déterminés. L'idée de préjudice ne s'accompagne pas de persécutions physiques, elle repose sur un thème qui est plausible et qui même quelquefois est vrai, elle s'accompagne d'excitation intellectuelle permanente et détermine des réactions disproportionnées ; les anomalies du sens moral et les stigmates de la dégénérescence sont nombreux ; enfin, le délire de revendication qui reste purement personnel et individualisé peut s'améliorer et quelquefois guérir. Le système du revendicateur est immédiatement établi dès la venue de l'idée fixe, chez l'interpréteur au contraire une longue phase préparatoire existe antérieurement à l'idée. Cependant il y a des cas douteux, ceux par exemple qui reposent sur de fausses interprétations de la loi ; mais ordinairement le revendicateur est moins égoïste que l'interpréteur qui serait tenté de croire que la loi est surtout dirigée contre lui. Entre le délire d'interprétation et le délire de revendication il doit assurément y avoir des cas intermédiaires qui participent à la fois de l'un et de l'autre délire.

Un des points les plus importants du délire d'interprétation est celui du traitement. Les malades atteints d'une forme fruste, les résignés peuvent et doivent vivre au dehors et sans tutelle ; ils passent simplement pour des originaux et des maniaques.

Dans tous les cas les interpréteurs sont des malades qu'il importe de surveiller à cause de leurs réactions et dont il est nécessaire de traiter les épisodes. Le traitement moral doit être extrêmement prudent : il faut d'abord gagner la confiance du malade en l'écon-

tant avec bienveillance, intérêt, sans l'interrompre, nile discuter jamais ; il faut éviter ultérieurement toute conversation sur le sujet du délire et feindre de l'avoir oublié ; on peut à l'occasion profiter prudemment de certaines circonstances pour tenter quelques réfutations par une sorte de maïeutique ; en même temps, il faut s'efforcer de créer des diversions, de flatter et d'encourager d'autres manies, d'autres préoccupations. Quelquefois, surtout dans les formes un peu atténuées, on peut conseiller la dissimulation. Dans tous les cas si l'on ne veut pas courir au devant d'un échec, le traitement moral doit être conduit avec *prudence* et avec *tact*.

L'internement, lorsque, malheureusement, il devient en l'état des choses nécessaire, n'est jamais qu'un pis aller et le plus mauvais, quand il oblige à placer l'interpréteur au milieu d'autres malades atteints des formes les plus variées de l'aliénation mentale ; il se passe dans un tel milieu trop de choses qui semblent bizarres à l'interpréteur et qui ne peuvent qu'alimenter son délire : le malade souffre alors inutilement, sa situation s'aggrave d'une manière définitive. Cependant l'internement est une mesure de sécurité absolument nécessaire pour ceux qui sont dangereux et insociables. MM. Sérieux et Capgras pensent que cet internement devrait pouvoir se faire dans un asile de sûreté pour éviter à ces malades, dans l'asile ordinaire, la chambre d'isolement à perpétuité quand ce n'est pas la cellule.

Pour les malades qui sont simplement extravagants et ne peuvent plus vivre dans leur famille, le placement chez des étrangers, que ce soit ou non dans une colonie familiale, peut rendre de grands services.

Parmi les interpréteurs doivent se recruter beaucoup d'aliénés méconnus et condamnés. Les crimes et les délits sont en effet fréquents chez eux : chantage ou prétendu chantage, diffamation, dénonciations calomnieuses, escroquerie, vol avec ou sans effraction, incendie, tentative d'empoisonnement, coups et blessures, assassinat ; la lucidité et l'apparente logique de ces malades, qui sont loin de fuir la discussion, contribuent à faire illusion. Or, bien souvent il y a au sur-

plus préméditation manifeste ; la tâche de l'expert peut donc être des plus délicates. Il est évident cependant que pour les actes commis sous l'influence de la maladie l'irresponsabilité est indiscutable. Mais dans les autres cas, faudrait-il alors comme certains auteurs invoquer une responsabilité atténuée ou une responsabilité partielle ? MM. Sérieux et Capgras ne le pensent pas et avec raison, parce qu'« il serait vraiment téméraire de prétendre établir le départ exact de ce qui « relève du délire et de ce qui en demeure indépen-
« dant ».

L'étude de la capacité civile de ces malades est encore plus intéressante ; mais elle est essentiellement une question d'espèce. Lorsque le malade se livre à des dilapidations nettement caractérisées, la nécessité d'une interdiction ou de la dation d'un conseil judiciaire n'est pas douteuse ; quant à l'exhérédation qui est une réaction fréquente, elle demanderait une étude particulière de chaque cas ; comme l'a dit Legrand du Saulle, un testament logique et raisonnable n'est pas une preuve que le testateur n'était pas aliéné, de même qu'un legs excentrique n'a jamais impliqué fatalement la folie. Dans tous les cas, il faut se méfier en matière de testament de cette fausse philanthropie qui est le masque derrière lequel se dissimule une haine pathologique pour les ayants droit.

*
* *

On voit par ce résumé, dont la longueur est loin d'être proportionnée à l'importance de leur livre, quel service MM. Sérieux et Capgras viennent de rendre à la psychiatrie en isolant définitivement des délires systématisés le délire de revendication. Grâce à eux cette question des délires systématisés est devenue beaucoup plus claire : d'un côté, les psychoses constitutionnelles, fonctionnelles fixes, représentées par le délire d'interprétation et le délire de revendication ; d'un autre côté, les psychoses acquises, toxiques, démentielles, représentées par le délire chronique à évolution systématique (processus démentiel lent ou atténué) et par les délires systématisés paranoïdes (processus démentiel rapide ou accentué) ; entre les deux, les psychoses intermédiaires

ou combinées, représentées par des formes atypiques diverses. Il faut savoir le plus grand gré à MM. Sérieux et Capgras de n'avoir pas abusé des notes préventives et de nous avoir donné comme de premier jet, mais en réalité après des études et des recherches poursuivies pendant de longues années, un livre qui est une œuvre définitive et complète. C'est la monographie la plus importante qui nous ait été donnée depuis celle qu'en 1892 M. Sérieux publiait sur le délire chronique avec son maître M. Magnan.

Le « délire d'interprétation » de MM. Sérieux et Capgras n'a pas au surplus cette sécheresse qui est le lot habituel des monographies ; il joint à des explications claires, détaillées et précises des considérations philosophiques de haute portée, et il présente un intérêt littéraire qui n'est pas à dédaigner. On lira avec fruit l'analyse du cas de Jean-Jacques Rousseau et, dans un appendice, des documents importants sur le délire d'interprétation dans quelques œuvres littéraires dont la plus importante est à ce point de vue celle de Strindberg.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 JUIN 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, Delmas, Juquelier et Marchand, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Deny, Dupain et Picqué qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Mirallié, secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Nantes, remerciant la Société d'avoir désigné des délégués à ce Congrès ;

3° Des lettres de MM. Delmas et Simon, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1° *État de mal épileptiforme, confusion mentale et amnésie rétro-antérograde consécutives*, par M. L. Marchand ;

2° *Méthodologie des sciences médicales fondée sur leur histoire ; — Conception psychologico-sociale de la responsabilité ; — Psychologie de génie*, par M. Del Greco ;

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de juin.

Mort de M. Bourneville.

M. LE PRÉSIDENT. — Un voile de deuil, Messieurs, continue à planer sur notre Société. Il y a quelques mois

seulement que Dubuisson et Motet nous étaient enlevés par la mort : aujourd'hui c'est Bourneville qui disparaît à son tour.

Bourneville, depuis longtemps, ne fréquentait pas nos réunions mensuelles. Médecin et homme politique, il a touché à de nombreux et variés sujets scientifiques ou sociaux. Il est superflu de rappeler dans cette enceinte les travaux cliniques qu'il a produits. Nous les connaissons tous, et c'est à l'avenir qu'il appartiendra de faire le départ de ceux qui doivent lui survivre.

Réformé du concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés.
 — *Démarche du Bureau de la Société auprès de M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.*

M. LE PRÉSIDENT. — Je dois, Messieurs, vous exposer le résultat de la démarche faite au sujet des modifications que nous souhaitons voir apporter au concours de l'adjuvat des asiles publics d'aliénés, par le bureau de notre Société auquel s'était joint celui de la Société de médecine des asiles de la Seine et M. Vallon, président de l'Association amicale des internes des asiles d'aliénés.

M. le ministre de l'Intérieur, n'ayant pu recevoir la délégation à cause de ses nombreuses occupations, a chargé M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, de nous donner audience à sa place. Nous avons fait connaître à M. Mirman le but de notre démarche et les vœux unanimement adoptés à propos de certaines importantes réformes du susdit concours. Pour la principale, celle du tirage au sort des membres du jury, nous nous sommes heurtés à une résistance qui paraît irréductible quoique injustifiée à tous égards. Nous avons donc échoué sur ce point. Cependant, nous avons lieu de croire que notre démarche n'aura pas été tout à fait infructueuse, et peut-être que le concours prochain en montrera l'utilité.

M. Arnaud a particulièrement insisté sur la nécessité de faire un concours à part pour la nomination des médecins adjoints des asiles privés, et ses observations ont semblé faire impression sur M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. DE CLÉRAMBAULT. — La commission composée de MM. Deny, président, Briand, Colin, Dupré et de Clérambault, rapporteur, a eu à prendre connaissance de deux mémoires. Le mémoire n° 1, intitulé : *Contribution à l'étude des Fugues en pathologie mentale*, comprend 108 pages de dissertation, suivies de plus de 400 pages narratives, consacrées aux observations. La bibliographie y est abondante ; la fugue est étudiée successivement dans les états seconds, les états impulsifs dégénératifs, les états délirants aigus, les états délirants chroniques, les états maniaques, les états démentiels divers ; deux chapitres spéciaux sont consacrés, très justement, aux enfants et aux militaires. Les considérations sont présentées sous une forme éminemment didactique, où le souci des définitions et des subdivisions tient beaucoup de place, la vision du tableau clinique en est peut-être plutôt obscurcie qu'éclairée. Le mémoire n° 2, intitulé : *Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité*, définit son sujet « le retour de la personnalité aux états de l'enfance » ; il examine le puérilisme dit hystérique, le puérilisme au cours des lésions circonscrites de l'encéphale, enfin le puérilisme dans les états de déficit intellectuel. Le puérilisme dit hystérique nous est montré comme s'accompagnant, ou plutôt résultant de phénomènes toxico-infectieux. Il est rapproché des Délires Ecmnésiques de Pitres et classé à bon droit parmi eux. Le processus du puérilisme peut survenir chez des enfants par une réversion précoce de la personnalité à un stade antérieur de leur développement psychique (observations Leroy, Canonne). A propos du puérilisme démentiel, on nous fait remarquer le parallélisme entre la régression de la personnalité et l'altération de la mémoire et que la survivance de la forme la plus ancienne de la personnalité est conforme à la loi de Ribot. Enfin nous est montré, chez un débile profond, presque imbécile, un puérilisme que l'on nous propose d'appeler « puérilisme constitutionnel » et qui résulte d'un arrêt d'évolution. La différenciation entre cet état et l'infantilisme

banal, au point de vue psychologique surtout, eût mérité d'être étudiée un peu longnement. Examiné dans son ensemble, ce mémoire présente, mis au service d'un sujet peu traité jusqu'ici, des idées claires, une élocution élégante et divers aperçus personnels. Rapproché du mémoire précédent, il montre une méthode de travail si différente que la comparaison même en est rendue plus difficile. Le premier représente une énorme fresque très complexe; le second, un tableau de chevalet exécuté avec aisance. Après bien des hésitations, c'est vers le second que se sont portées les préférences de la commission, et c'est le mémoire sur le puérilisme qui est proposé à vos suffrages.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Esquirol est décerné à MM. René Charpentier et Courbon, auteur du mémoire n° 2, intitulé : *Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité*.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. TRÉNEL. — J'ai l'honneur de vous apporter le rapport de la Commission, composée de MM. Blin, Klippel, Dactet, Semelaigne et Trénel, pour le prix Moreau (de Tours).

Cinq mémoires ont été présentés.

Le mémoire n° 5, de MM. Rodiet et Cans : *Contribution à l'étude des symptômes iriens dans la paralysie générale*, fait partie d'une série de mémoires présentés par ces auteurs sur les symptômes oculaires dans les diverses maladies mentales. Un mémoire sur un sujet voisin a été récompensé par nous l'an dernier. Le mémoire actuel, bonne revue générale de la question, avec vingt-huit observations à l'appui, ne peut être considéré que comme un complément des travaux antérieurs des deux auteurs.

Le mémoire n° 1, de M. Boyer, intitulé : *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*, est un bon exposé des méthodes de M. Bourneville et des résultats obtenus. Mais ces faits sont déjà déjà bien connus, et quelqu'utile que pourra être à consulter ce travail pour qui voudrait avoir une vue d'ensemble de la question,

nous ne trouvons point là la note originale d'un travail personnel.

Le mémoire n° 2 de M. Voivenel porte en exergue l'épigraphe suivante : *Ad maiorem vitæ gloriam*. Il est intitulé : *Littérature et Folie*. Malgré le sous-titre prometteur mais audacieux d'étude anatomo-pathologique du génie littéraire, nous ne pouvons y voir qu'un catalogue des littérateurs aliénés. C'est une œuvre utile que de réunir les données éparses sur ce sujet et ce catalogue rendra service; mais il ne donne guère de notions nouvelles et nous ne trouvons pas dans les chapitres sur les zones du langage et sur sa physiologie l'anatomie pathologique associée et d'ailleurs chimérique, croyons-nous.

Le mémoire n° 4, de M. Froissart, sur la paralysie générale post-traumatique est une très bonne mise au point de cette question si discutée et toujours à l'ordre du jour. Soigneusement documentée, cette thèse contient un très grand nombre d'observations que quiconque s'occupera de ce sujet sera heureux de trouver réunies. L'auteur n'envisage la question qu'au point de vue étiologique et médico-légal, comme l'annonce d'ailleurs son sous-titre. Néanmoins, nous aurions voulu trouver une tentative plus complète de synthèse et de différenciation de la démence post-traumatique proprement dite et de la paralysie générale, distinction qui nous semble être d'un haut intérêt dogmatique et pratique. Le chapitre médico-légal est intéressant et met bien en lumière les difficultés de la question. L'auteur ne croit pas, étant donné la rareté des cas, que le traumatisme crânien seul puisse en dehors de toute prédisposition causer la paralysie générale.

Le mémoire n° 3, de M. Delmas, est intitulé : *La mort avec ictus dans la paralysie générale*. De ce point spécial de cette maladie, M. Delmas fait une étude approfondie et complète, s'appuyant sur de nombreuses observations avec autopsies et examen histologique détaillé dont beaucoup lui sont personnelles; il montre que la mort avec ictus n'est pas le mode de terminaison habituel de la paralysie générale et qu'elle ne survient ainsi que dans un tiers des cas, que la mort avec ictus paraît augmenter avec l'âge des malades, que

cette fréquence n'est pas influencée par la nature des causes étiologiques de la méningo-encéphalite, que la mort avec ictus se produit avec une égale fréquence dans la deuxième et la troisième période de la maladie.

Il admet que ces ictus ont une origine toxique.

Sans apporter de faits tellement nouveaux dans la paralysie générale, ce travail consciencieux, le plus documenté, croyons-nous, qui ait été écrit sur la question, nous paraît mériter particulièrement notre attention.

La commission propose de décerner le prix Moreau (de Tours) à l'auteur du mémoire sur la mort avec ictus dans la paralysie générale et une mention très honorable à l'auteur du mémoire sur la paralysie générale traumatique.

Conformément à ces conclusions, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. Delmas pour son mémoire intitulé : *La mort avec ictus dans la paralysie générale*; une mention très honorable est accordée à M. Froissart pour son travail qui a pour titre : *La paralysie générale post-traumatique. Etude étiologique et médico-légale*.

De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats (1).

DISCUSSION (suite).

M. LEGRAIN développe en quelques mots les conclusions de sa dernière communication, afin d'entamer la discussion maintenue à l'ordre du jour.

M. BRIAND. — Je trouve dans un article de Granjux paru dans le *Caducée* du mois de juin des considérations intéressantes au point de vue des expertises psychiatriques des prévenus militaires.

Au cours de la discussion de la loi sur les conseils de guerre, un député du groupe socialiste, M. Durre, a déposé l'amendement suivant rendant à peu près obligatoire l'inspection psychiatrique :

« Chaque fois qu'il en sera fait la demande par l'accusé, sa famille ou le défenseur, le juge instructeur devra commettre un médecin pour rechercher et établir,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1909, page 69.

au point de vue médical, les antécédents personnels et héréditaires de l'inculpé. »

M. Durre cite des cas particuliers peu suggestifs et pas concluants.

M. Pozzi les a critiqués très judicieusement, ainsi du reste que le texte même de l'amendement, dans les termes suivants :

« Notre collègue a insisté pour qu'on adoptât les termes : « Rechercher les antécédents héréditaires et « personnels des inculpés. » Cette formule est absolument insuffisante. Une personne peut avoir des antécédents héréditaires qui prédisposent, dans un très grand nombre de cas, à une débilité mentale de nature à constituer une circonstance atténuante ; mais, en sens inverse, tous ceux qui ont des antécédents héréditaires ne doivent pas forcément être tenus comme innocents ni même comme ayant une responsabilité sensiblement atténuée.

« En particulier, les exemples qu'a cités hier M. Durre, et qui pourraient peut-être servir éventuellement d'indication aux experts, ne sont nullement probants, à mon avis. Il ne suffit pas que le père d'un inculpé ait été un violent, se soit livré à des excentricités pour qu'on soit moralement obligé d'acquitter cet inculpé quand il s'est livré plus tard à des voies de fait sur ses supérieurs.

« La formule de M. Durre est donc défectueuse ; si l'on devait rédiger la proposition de M. Durre en texte de loi, il faudrait adopter la formule « examen mental » et non pas « examen des antécédents héréditaires ».

L'amendement Durre fut repoussé et l'article 35 fut voté, dans lequel il est dit que des règlements d'administration publique détermineront les conditions dans lesquelles il y aura lieu de prévoir et d'assurer l'examen mental des inculpés.

M. ARNAUD. — Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un certificat aux fins d'internement et non d'une expertise médico-légale.

Dans l'expertise, la constatation d'antécédents héréditaires ou personnels peut avoir de l'importance dans l'évaluation de la responsabilité ; dans le certificat d'internement, la question est de savoir si le malade pré-

sente des symptômes rendant l'internement nécessaire.

Les antécédents personnels et héréditaires peuvent être nuls, alors que l'internement s'impose; ils peuvent être très chargés, alors que l'internement est inopportun.

M. LEGRAIN. — A mon avis, la question est celle-ci : Le confrère qui, faisant le certificat aux fins d'internement, a énoncé les antécédents héréditaires, a-t-il causé un préjudice? Est-il condamnable?

M. DE CLÉRAMBAULT. — Un juriste éminent que j'ai consulté à ce sujet m'a fait les déclarations suivantes :

Le médecin certificateur peut être identifié au médecin expert. Il est l'auxiliaire momentané de l'administration dans des conditions prévues par la loi lorsqu'il rédige son certificat. Il est donc à ce moment fonctionnaire par rapport au malade.

Si son acte devient le point de départ de divulgations, pourquoi est-il pris à partie plutôt que les autres confidentes nécessaires, secrétaire de mairie, maire, préfet, etc.?

Le médecin attaqué aurait dû appeler en garantie le préfet et le maire.

Une autre question est de savoir si le médecin s'est tenu dans les termes prévus par la loi. Le terme « particularités de la maladie » peut comprendre, en plus des symptômes, ses causes et ses effets.

M. VALLON. — Le médecin, à mon avis, n'était pas condamnable, puisqu'il a remis le certificat à la famille du malade. Celle-ci n'avait qu'à le déchirer si elle le considérait comme préjudiciable. Ceci n'ayant pas été fait, le médecin devait être poursuivi. Le médecin, à titre privé, est responsable comme tout citoyen des dommages qu'il a pu causer.

M. LEGRAIN. — Le dommage a donc été causé par la famille et non par le médecin.

M. BRIAND. — Le médecin appelé pour donner un certificat d'internement est autre qu'un médecin faisant une ordonnance médicale; il doit être assimilé à l'expert.

M. DE CLÉRAMBAULT. — En effet, le médecin certificateur intervient dans des conditions prévues par la loi, il agit en vertu d'un mandat spécial.

M. VALLON. — Il ne faut pas laisser établir de cou-

fusion. La loi ne donne pas de mission aux médecins de faire des certificats d'internement, c'est un droit qu'elle leur donne. Pour le médecin, ce n'est pas un devoir, mais un droit.

M. KÉRAVAL. — Il n'est pas admissible qu'une famille poursuive le médecin pour un certificat qu'elle a pu lire avant de l'utiliser.

M. ARNAUD. — J'ai vu un individu porter une plainte pour internement arbitraire au sujet d'un parent dont il avait demandé lui-même le placement.

M. BLIN. — Il me semble que les détails de l'affaire ne nous sont pas assez connus pour pouvoir discuter plus longtemps utilement.

La question reste à l'ordre du jour.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique faisant connaître l'envoi des discours prononcés à la séance d'ouverture des Sociétés savantes, à Rennes, ainsi que le programme du Congrès de Paris, en 1910;

2° Une lettre de M. Vallon qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Quelques mots sur l'arriération mentale*, par M. Armand Laurent;

2° *Tumeur du lobe frontal et le corps calleux avec des considérations particulières sur les troubles de la mémoire*, par M. Giuseppe Meggia;

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de juillet;

4° *Ecos de las Mercedes*, numéro de mai.

Les hallucinations lilliputiennes,

par M. RAOUL LEROY.

Je désire attirer l'attention de la Société médico-psychologique sur une variété d'hallucinations visuelles rarement observées et qui offrent un véritable intérêt clinique.

Ces hallucinations ont pour caractère essentiel de représenter des êtres ou des objets définis, avec des dimensions relativement exigües, tout en conservant leurs proportions relatives, d'où le nom d'*hallucinations lilliputiennes* que je propose de leur donner. C'est un monde de Lilliputiens qui apparaît aux yeux du malade surpris : petits chevaux, petits personnages, tout cela parfaitement proportionné, de la hauteur d'un doigt environ et cette expression s'applique si bien à notre sujet que le mot de Swift se retrouve quelquefois dans les rares cas du genre signalés par les auteurs.

De tels troubles psycho-sensoriels ont le rapport le plus étroit avec la *micropsie*. Mais tandis que celle-ci est très connue et a donné lieu à d'intéressants travaux, surtout chez les paralytiques généraux, les épileptiques, les hystériques, certains dégénérés, sa variété hallucinatoire semble avoir passé presque inaperçue. On peut rencontrer pourtant les hallucinations lilliputiennes dans la plupart des maladies mentales et même sous forme d'hallucinations conscientes. Elles existent le plus souvent, en dehors de toute micropsie, alors que le sujet a une conception absolument normale de la grandeur des objets qui l'entourent, la perception de petitesse ne portant que sur l'hallucination.

Je désire, d'abord, rappeler une observation curieuse de micropsie rapportée par Girma chez un paralytique général.

« D..., Pierre, trente-trois ans, épileptique depuis l'âge de douze ans. Au milieu de symptômes qui nous ont permis de poser le diagnostic de paralysie générale, nous relevons des hallucinations de l'ouïe presque continues de nature gaie et des illusions de la vue remarquables. *Les hommes et les choses lui paraissent d'une*

petitesse et d'une exiguïté de forme inconcevable : c'est un véritable monde de Lilliputiens dans lequel il se trouve. Il en rit jusqu'aux larmes. Quant à lui, il se sent grand, dominant tout le monde, et cependant, quand il regarde ses pieds, il les trouve aussi très petits (1). »

C'est également chez un paralytique général que j'ai eu l'occasion de rencontrer les hallucinations lilliputiennes les plus remarquables. L'observation de ce malade présente un tel intérêt qu'il est indispensable de la donner avec quelques détails. Elle offre un type parfait de ces troubles psycho-sensoriels particuliers. Leur multiplicité, leur constance, leur précision me permettront d'en déduire les caractères propres.

X..., célibataire, issu d'une famille n'ayant jamais présenté aucune tare, présente à l'âge de quarante ans des symptômes de paralysie générale. La marche de l'affection fut classique avec une forme complètement démentielle, sans excitation ni délire. Trois ans après le début de la maladie, X... a une attaque congestive d'une demi-heure de durée. Le lendemain apparaît un délire hallucinatoire intense. Le malade raconte qu'il a vu quelqu'un dans l'escalier, que les meubles de sa chambre sont changés de place, qu'il voit des vaches rouges sur le mur (hallucinations visuelles différenciées), des mots écrits (hallucinations visuelles verbales) et que son lit est plein de sel, de poivre et de verre pilé. Il ramasse à terre des fils imaginaires qu'il pelotonne et secoue les rideaux de la fenêtre pour enlever ceux qu'il voit.

Les jours suivants, le malade éprouve les mêmes hallucinations. Ce sont toujours des fils qu'il pelotonne et jette au feu, des personnes qui entrent dans sa chambre ; on pose des fils électriques autour de lui ; on a changé la fenêtre ; il se croit dans un bateau qui s'ouvre en deux ; il lui semble que tout grandit autour de lui : « Vous ne vous apercevez donc pas que nous grandissons », dit-il. Il voit des têtes de femme sur le mur, des perroquets dans la cheminée ; sur son pantalon reluisent des choses qu'il veut enlever avec son couteau ; sur le parquet marchent des bêtes, des mouches, des poissons. Il passe son temps à enlever sur sa manche droite des fils imaginaires, qu'il va mettre dans un seau de toilette, des fils

(1) Girma. *Les hallucinations dans la paralysie générale*. Thèse de Paris-1884.

jaunes ou noirs, quelquefois blancs. « C'est incroyable, dit-il, je ne sais d'où viennent ces fils et comment ils se forment », et pendant des heures il essaie de s'en débarrasser. C'est toujours sur le côté droit qu'ils se forment ; or, le malade offre un peu d'hémi-parésie de ce côté.

Au bout de deux mois, ce délire hallucinatoire si intense se modifie ; aux fils et aux visions précédentes s'ajoutent d'autres objets imaginaires dont le caractère est d'être de très petite taille, *lilliputiens*, pour ainsi dire. Le malade aperçoit de petites poules de la grosseur d'un gros hanneton : ces poules courent sur le sol, sur ses genoux, il fait le geste de les ramasser à pleines mains et de les déposer sur la cheminée. En se mettant à table, il éclate de rire en apercevant sur une assiette des petits hommes et des petits chevaux de la hauteur d'un doigt.

Dans la cheminée se trouvent des petits monticules, de petites buttes de cendres d'où sortent des petits bébés, un petit vieillard qui tire la langue. Une bûche tombe et il s'écrie : « Hou ! désastre complet » ; mais des flammes se détachent une petite mulâtresse, une petite dame qui joue de l'éventail, de petits messieurs qui vont causer dans un coin. La pauvre négresse est brûlée ainsi que le chapeau de la dame à l'éventail.

Ajoutons que les *illusions lilliputiennes* sont nombreuses ; les petites visions que nous venons de signaler correspondent à des ombres provenant du foyer, à des flammes.

Voici le tableau complet du délire hallucinatoire du malade pendant une journée. On voit s'enchevêtrer des illusions et des hallucinations de toute nature : auditives, visuelles élémentaires, visuelles différenciées et verbales visuelles.

Z... se réveille à 8 heures du matin, lucide, heureux de vivre comme toujours. Une heure après, il s'excite, se lève, dit qu'on lui jette des fils « qui coulent comme l'eau d'une fontaine » toujours sur son bras droit. Il aperçoit par terre une nuée de pucerons et des petites femmes qui en ont peur et se sauvent. Ce spectacle le fait rire. Bientôt les pucerons mangent les femmes et il ne reste plus sur le parquet que leurs robes jaunes et des taches de sang.

Il lit une inscription sur son pantalon : « le tombeau », écrit au crayon rouge et sur l'armoire : « ante spiram ». Le malade déjeûne de bon appétit ; après quoi, il ramasse des fils en quantité, dit qu'on a collé du papier sur les portraits de famille accrochés au mur et les entend parler. L'un des personnages lui fait signe de la tête. Une porte s'ouvre dans le mur ; l'armoire change de place. Un bouquet de fleurs se change en bouquets de têtes d'hommes ; sur l'armoire un petit nègre sort par une ouverture secrète et se met à courir. Il aperçoit dans

la cheminée de petits poissons, ceux-ci se changent en petits soldats qui lui lancent des fils.

Je ne suivrai pas le malade dans son délire hallucinatoire qui dura, absolument semblable, jusqu'à l'époque de sa mort survenue à la suite d'un nouvel ictus épileptiforme. J'insisterai sur les nombreuses hallucinations lilliputiennes observées pendant trois mois :

Une petite femme attachant les lacets de ses chaussures ;

De petites poupées qui dansent ;

De petits bonshommes sortant des bûches de bois placées près du foyer et se battant ;

De petites bicyclettes courant autour de la chambre ;

De petits soldats sortant du tapis de la chambre et allant se perdre dans le feu de la cheminée, après avoir défilé en bataillons serrés ;

De petits corbillards.

Ces hallucinations visuelles sont multiples, fugaces, mobiles, colorées. Tout ce petit monde marche, court, danse, se transforme, paraît et disparaît en quelques minutes. Les personnages sont habillés de vêtements aux couleurs voyantes.

Leur grandeur est à peu près de 10 à 15 centimètres. Ainsi, le malade voit un jour de petits bonshommes courir sur le marbre de la cheminée et se cacher derrière des cadres à photographie. Ils montent même dans une petite chaise à porteurs qui était comme ornement de fantaisie sur cette cheminée.

Le malade se montrait peu surpris de ces visions singulières qui le faisaient rire aux éclats. Il croyait absolument à la réalité de ces petits objets et voulait quelquefois ramasser les petits soldats et les petites bicyclettes pour les donner comme jouets à son jeune neveu âgé de quelques années.

Telle est l'observation de ce paralytique général chez lequel les hallucinations lilliputiennes se sont montrées avec une abondance et une durée vraiment remarquables. Je n'en ai rencontré aucun cas aussi caractéristique. Les circonstances qui ont accompagné ces troubles ont, comme nous le verrons, une valeur considérable pour leur conception étiologique. La seconde observation qu'il m'a été donné de recueillir concerne une débile atteinte de délire hallucinatoire, qui se trouve encore actuellement en traitement dans mon service de Ville-Evrard.

D..., Berthe, âgée de dix-neuf ans, est fille d'une mère qui a été internée il y a quelques années à Ville-Evrard ; elle pré-

sente des stigmates physiques de dégénérescence et a toujours eu une mentalité peu développée. Au commencement de mars 1909, cette jeune fille perd le sommeil et présente des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, elle entend des mots grossiers, a peur d'être assassinée. En même temps surviennent des hallucinations de la vue, des squelettes, des lions, une statue de la République, tout ceci se produisant dans la journée. Un soir, Berthe D... aperçoit autour de la veilleuse, placée sur la table de sa chambre, de *nombreux petits soldats de la hauteur d'un doigt, habillés d'uniformes bleus et rouges*. Ceux-ci tournent autour de la veilleuse, la saluent et disparaissent au bout de quelques instants. Cette malade a traversé une période de violente agitation pendant six semaines et se trouve maintenant en pleine convalescence.

Notre collègue, M. Trenel, a eu également l'occasion de rencontrer des troubles hallucinatoires analogues. Une femme atteinte de démence vésanique, voyait courir sur son corps *de petits bonshommes et de petites bonnes femmes habillés de couleurs jaunes et rouges* qu'elle appelait ses lutins et auxquels elle causait toute la journée à voix basse. Elle les regardait monter le long de ses jambes, sur son dos et prétendait qu'ils entraient dans son dos par une ouverture.

Les hallucinations lilliputiennes ne sont pas fréquentes; tout au moins en trouve-t-on de rares exemples dans les auteurs. Un des cas les plus curieux que je puisse citer se trouve dans Taine (1) qui l'a tiré de Macnisch (2).

« Dans l'été de 1832, un gentleman de Glasgow, d'habitudes dissipées, fut saisi du choléra, mais guérit. La guérison ne fut accompagnée de rien de particulier, excepté la présence de fantômes de trois pieds de haut environ, proprement habillés de jaquettes couleur de pois verts et des culottes de la même couleur. Cette personne, étant d'un esprit supérieur et connaissant la cause des illusions, n'en prit aucune inquiétude, quoiqu'elle en fût souvent hantée. A mesure que ses forces revenaient, les fantômes apparaissaient moins fréquemment et diminuaient de grandeur, jusqu'à ce que, à la fin, ils ne furent pas plus grands que son doigt. Une

(1) Taine. *De l'intelligence*, t. I, p. 104.

(2) Macnisch. *Philosophy of sleep*, p. 290.

nuit qu'il était assis seul, *une multitude de ces Lilliputiens parurent sur la table et l'honorèrent d'une danse.* Mais, comme il était occupé ailleurs et point d'humeur à jouir d'un tel amusement, il perdit patience, et, frappant rudement sur la table, il s'écria avec une violente colère : « Allez à vos affaires, impudents petits coquins ! que diable faites-vous ici ? » Toute l'assemblée disparut à l'instant et il n'en fut jamais incommodé. »

Leuret (1) rapporte également un cas d'hallucinations lilliputiennes tiré d'un vieux livre ecclésiastique : « Une nuit le démon vint frapper à la porte de la cellule du bienheureux Macaire et lui dit : « Lève-toi, abbé Macaire, et allons à la collecte où les frères sont réunis pour les vigiles..., viens et tu verras nos œuvres. » L'abbé se rendit à la collecte où ses frères célébraient les vigiles et il pria Dieu de lui montrer si le diable avait dit vrai. Aussitôt, il vit dans toute l'église une *foule de petits Ethiopiens courir çà et là, s'agiter comme s'ils avaient des ailes et jouer tout autour des moines qui étaient assis.* Celui-ci endormait un moine en lui comprimant les yeux avec deux doigts ; celui-là mettait un doigt dans la bouche d'un autre moine et le faisait bâiller ; il y en avait qui se changeaient en femmes ; ils se plaçaient, pour jouer, sur le dos et sur le cou des moines. Saint-Macaire se mit alors à genoux, et il dit en pleurant : « Levez-vous, Seigneur, que vos ennemis soient dispersés, qu'ils fuient devant votre face, car notre âme est remplie d'illusions (2). »

Le livre classique de Brierre de Boismont, si remarquable en documents, contient trois observations que l'on peut ranger parmi les hallucinations lilliputiennes. Deux d'entre elles se rapportent même à une forme consciente de ces troubles. « Ben-Johnson disait à Drummond qu'il avait passé toute une nuit à regarder *son gros orteil autour duquel on voyait des Tartares, des Turcs, des Romains, des catholiques, monter et se battre.* Mais il ajoute qu'il savait que ces images étaient les produits d'une imagination échauffée (2). »

(1) Leuret. *Fragments philosophiques sur la folie*, 1834, p. 168.

(2) *Codicis regularum, pars secunda : Regula solitarium*, p. 537.

(3) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 1852, p. 58.

La seconde observation est celle qui a été publiée par Bostock. « Accablé, dit ce physiologiste anglais, par une fièvre qui m'avait jeté dans un grand état de faiblesse, je souffrais aussi d'une violente céphalalgie limitée à la tempe droite. Après une nuit sans sommeil, j'aperçus devant moi des figures que je reconnus pour être semblables à celles décrites par Nicolaï. Comme j'étais sans délire, je pus faire une observation sur elles... Durant le cours de ma maladie, j'eus une hallucination d'une nature particulière et fort amusante; j'aperçus une *foule de petites figures humaines* qui s'éloignaient par degrés comme une suite de médaillons. Elles étaient toutes de la même grandeur et paraissaient à la même distance. Lorsqu'une de ces figures avait été visible pendant quelques minutes, elle s'affaiblissait peu à peu et était remplacée par une autre beaucoup plus distincte (1). »

Le troisième cas de Brierre de Boismont concerne la démence sénile. « Nous avons connu une vieille dame de quatre-vingt-deux ans qui, de temps en temps, était sujette à une fausse sensation fort singulière. Cette dame, dont la chambre était bornée par un grand mur blanc, nous racontait qu'elle était agréablement impressionnée par le spectacle de *plusieurs milliers d'individus qui descendaient le long de ce mur pour aller à une fête. Ces personnes portaient des habits de fête; la compagnie se composait d'hommes, de femmes et d'enfants*. En notre présence, elle poussait des cris de joie de la surprise que lui causaient leur multitude, la variété de leurs costumes et la précipitation avec laquelle ils descendaient du troisième étage en bas. Peu à peu le nombre des promeneurs diminuait; elle n'apercevait plus que quelques groupes isolés et tout rentrait dans l'ordre. Nous avons depuis observé deux faits semblables chez des femmes très âgées (2). »

Ces huit observations d'hallucinations lilliputiennes sont caractéristiques. Il me semble que cette variété hallucinatoire de la micropsie mérite d'être plus connue

(1) Brierre de Boismont. *Loco citato*, p. 54.

(2) Brierre de Boismont. *Loco citato*, p. 191.

qu'elle ne l'est en psychiatrie. Ces troubles psychosensoriels ont partout les mêmes caractères que je peux résumer ainsi d'après les exemples précédents :

Hallucinations visuelles petites portant généralement sur des personnages animés.

Hallucinations multiples, mobiles, fugaces, souvent colorées.

Hallucinations ayant un caractère agréable.

Ces hallucinations, avec la petitesse en plus, ressemblent aux *hallucinations cinématographiques* de Régis. Leur caractère animé et changeant en montre l'origine toxique. Les conditions dans lesquelles elles se sont présentées fournissent une nouvelle preuve à cette conception étiologique. C'est à la suite d'un état fébrile que le gentleman de Taine vit ses petits Lilliputiens danser sur sa table et que le physiologiste Bostock aperçut ses petites figures ; c'est à la suite d'un ictus que mon paralytique général eut le délire hallucinatoire sur lequel j'ai insisté, délire où les hallucinations lilliputiennes se mêlaient à d'autres troubles psychosensoriels nettement toxiques. Les malades de Brierre de Boismont étaient des vieilles femmes séniles, par conséquent des artério-scléreuses et il n'est pas déraisonnable d'admettre que le moine de Leuret se livrait peut-être à des jeûnes prolongés.

Je tiens à insister sur le caractère toxique de ces hallucinations, car ce fait viendrait confirmer la même origine toxique de la micropsie, opinion admise généralement aujourd'hui. La pathogénie de ce trouble visuel a suscité bien des théories qu'Otto Veraguth (de Zurich) a résumées et discutées dans une revue générale en 1903. Pour lui, il incrimine un fonctionnement défectueux de l'appareil moteur de l'œil et spécialement du mécanisme de convergence et d'accommodation. Comme ce sont l'accommodation et la convergence qui nous documentent sur l'éloignement et la grandeur des objets, les troubles de ce mécanisme produiraient la micropsie (1).

(1) Veraguth Otto. *Ueber Mikropsie und Makropsie*. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1903. Bd., 24, p. 453.

Plus récemment Heilbronner (1), en accord avec les recherches d'Hitzig sur les vertiges, et se basant sur la présence de la micropsie dans l'épilepsie, attribue cette anomalie visuelle, non pas à un trouble de la musculature de l'œil, mais à un trouble cortical dans les territoires ayant un rôle dans la perception des états de musculature du corps, y compris la musculature des yeux. La communication que je viens de faire sur les hallucinations lilliputiennes semble venir à l'appui de la thèse de Heilbronner. La micropsie serait due à une action toxique affectant l'écorce cérébrale.

DISCUSSION

M. DE CLÉRAMBAULT. — Les hallucinations visuelles décrites par M. Leroy sont intéressantes par leurs dimensions absolues et par l'échelle des proportions ; il est rare que le champ hallucinatoire mesure seulement de 40 centimètres à 1 mètre, il est rare aussi que les objets se présentent comme rapetissés.

Je puis citer cependant plusieurs cas d'hallucinations de ce genre.

Sauvet, qui a écrit une des premières auto-observations d'ivresse éthérique (*Ann. méd.-psych.*, 1847), a vu se mouvoir sur le couvercle d'un piano une danseuse lilliputienne, hallucination unique, et qui persista sans déformation pendant toute une moitié de l'ivresse. Le sujet dansait avant de la voir, et continuait de danser en la regardant : il se sentait irrité par elle. L'ivresse avait débuté par un état maniaque et de multiples illusions de la vue (objets déformés et grimaçants). La durée totale de l'ivresse fut de vingt minutes.

Un alcoolique, interrogé en crise subaiguë, m'a dit avoir vu plusieurs fois chez lui, au cours des nuits précédentes, de petits pantins hauts comme la lampe, et qui se mouvaient tout autour d'elle dès que l'abat-jour était baissé. Pour les faire disparaître il levait l'abat-jour. Un autre alcoolique m'a parlé d'une vision toute semblable. Un troisième m'a parlé de lutins très agiles,

(1) Heilbronner Karl. *Ueber Mikropsie und verwandte Zustände*. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1904. Bd., 27, p. 414.

mais ayant la consistance du carton, qui, la nuit, se monvaient sur ses draps et dans les draps, essayant d'introduire des objets en carton dans les parties sexuelles de sa femme. De tels faits sont rares dans l'alcoolisme.

Le cocaïnisme semble présenter toutes les échelles de réduction.

Le chloralisme m'a présenté, chez deux malades, des hallucinations lilliputiennes très abondantes, presque continues. Des images hautes de 20 à 40 centimètres se succédaient sans relâche; si quelques-unes représentaient des insectes, de menues plantes grandeur nature, beaucoup représentaient de gros animaux ou des personnages en miniature; ainsi deux petits bonshommes cabalistiques qui jouaient aux grâces, avec de petites vulves en or (*sic*). Ces images se suivaient sans lien et disparaissaient rapidement. Un des malades les qualifiait « des images libres »; il les disait aussi tracées « par des peintres décorateurs, qui disparaissent avec la plus extrême facilité ». En effet, pour les deux malades, ces images adhéraient aux murs, elles étaient plates; la tendance aux rayures, aux stries et aux lacis était frappante; elles se présentaient à hauteur du regard, beaucoup plus rarement sur le sol; les malades les regardaient avec une quiétude bien chloralique, et se plaisaient même à les décrire. D'autres images, plus proches du type alcoolique, avaient des dimensions plus vastes, se projetaient plus en profondeur, se montraient souvent aériennes, et toujours le contenu était tant soit peu émouvant.

Nous avons rencontré des hallucinations visuelles à forme d'inscriptions, donc allongées, mais peu élevées, et lumineuses, chez un persécuté devenu aveugle. Nous avons rencontré chez un ou deux tabétiques non aveugles et aucunement alcooliques des hallucinations visuelles de taille restreinte, et aussi, croyons-nous, chez une tabétique aveugle, des inscriptions.

Un malade à double forme, âgé de quarante ans environ, au cours d'un accès mixte qui l'a fait prendre pendant longtemps pour un paralytique général (affaiblissement moteur, congestivité, idées hypocondriaques, troubles de l'élocution, gâtisme), a vu non plus des images hallucinatoires lilliputiennes, mais lui-même et

toute son ambiance réduits à de petites dimensions. « Je suis rapetissé comme un rat, disait-il avec anxiété ; « le plafond est abaissé et il va m'écraser ; nous sommes « tous petits comme des rats. » Le même jour, il faisait sur notre personne des remarques hostiles et caustiques du genre maniaque. Cette micropsie généralisée, et non pas hallucinatoire, mais perceptive, est un phénomène évidemment très différent des hallucinations lilliputiennes, mais il mérite d'en être rapproché (1).

Durant ses hallucinations lilliputiennes, le délirant perçoit l'ambiance avec ses dimensions réelles. Toutes les images hallucinatoires d'un même moment sont également lilliputiennes ; nous ne voyons pas dans nos exemples d'hallucination lilliputienne mélangée à des hallucinations d'une autre échelle. Dans le cas de Sauvet l'hallucination lilliputienne est mêlée à des illusions. Elle est, de plus, unique et durable. Suivant la remarque de Leroy, les hallucinations de petite taille ont coïncidé dans nos cas avec des états d'âme indifférents, ou avec des émotions relativement faibles.

Les hallucinations toxiques présentent parfois une singularité inverse, l'augmentation des objets imaginaires. Le fait a été signalé dans le cocaïnisme (une tortue géante, etc.), dans un cas de chloralisme, peut-être aussi dans le délire des solanées, qui offre, croyons-nous, toutes les échelles. Dans l'alcoolisme, cette particularité nous semble rare ; je ne m'en rappelle, pour le moment, qu'un seul cas : le malade voyait des escargots géants, et munis de pattes « comme des lapins ».

M. LEROY. — Les observations que vient de nous citer M. de Clérambault confirment l'origine toxique que j'attribue aux hallucinations lilliputiennes ; s'il en a observé un nombre beaucoup plus grand que moi, c'est évidemment qu'à l'infirmerie du Dépôt il est mieux placé pour observer des malades en état d'intoxication aiguë.

(1) Depuis la séance de juillet, nous avons rencontré, à l'infirmerie générale, un paralytique général halluciné non alcoolique, qui a vu au sommet de ses rideaux quatre petits hommes occupés à pousser vers lui un fil de fer noir, pour l'étrangler ; il les regardait avec une crainte très modérée.

M. TRÉNEL. — La malade que j'ai observée et dont a parlé M. Leroy était une vésanique, déjà âgée, qui ne paraissait pas intoxiquée. En dehors de ses hallucinations lilliputiennes elle était bien orientée, indifférente et manifestait un délire très monotone.

On trouve dans les rêves des phénomènes analogues aux hallucinations lilliputiennes.

Conditions sociales et individuelles de l'état de fugue,

par MM. les D^{rs} R. BENON, interne de la clinique des maladies mentales, médecin adjoint,

et FROISSART, ancien interne de la Préfecture de Police de la Seine, médecin adjoint.

Dans une communication antérieure (1), qui a porté particulièrement sur l'étude clinique de la fugue, nous avons cherché à préciser les caractères objectifs et subjectifs de cet état symptomatique. Notre définition est d'ordre purement clinique.

Il importe, pour la limitation de l'état de fugue, de se placer au point de vue pratique social. C'est dire que des conditions particulières de situation, pour le sujet et pour l'entourage, sont indispensables, selon nous, pour que la fugue existe réellement. Il en est de même du reste de toutes les réactions antisociales et la fugue peut être considérée comme telle. Dans le Mémoire sur les « Fugues » que nous avons remis à la Société Médico-Psychologique, en 1908, pour le prix Esquirol, nous avons traité ainsi la question.

En dernière analyse, la fugue est donc à la fois un état clinique et une réaction para sinon anti-sociale.

A) La fugue, au point de vue clinique, est un état

(1) R. Benon et P. Froissart. Fugue et vagabondage. Définition et étude cliniques. *Ann. méd. psych.*, 1908, II, p. 305.

Voir également des mêmes auteurs : Vagabondage et simulation. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1909, n° de mars. Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé ; conditions de la fugue. *Journ. de psych. norm. et pathol.*, 1909, n° 3 mai-juin. Les fugues en pathologie mentale. *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, 1909, n° 4 juillet-août. L'automatisme ambulatoire. *Gaz. des Hôp.*, 31 juil. 1909. Diagnostic et limitation de l'état de fugue. *Cong. des Al. et des Neurol. de Nantes*, 1909.

psycho-morbide de l'activité, survenant presque toujours brusquement, transitoire et accidentel, qui se présente sous forme de voyages, marches, courses, fuites, etc.

Nous rappelons que le caractère *accidentel* de la *fugue* nous apparaît comme le plus important : il permet cliniquement de distinguer la fugue du *vagabondage* proprement dit, qui est en psychiatrie un état morbide *habituel* de l'activité du sujet. Fugueurs et vagabonds, ou fugueurs accidentels et fugueurs habituels ou vagabonds d'occasion et vagabonds d'habitude — peu importe le mot qu'on adopte — nous semblent devoir être séparés. Sans doute, entre eux, on trouvera des types intermédiaires, mais cela justifie-t-il la confusion ?

B) La fugue est une *réaction anti-sociale*. Ce n'est donc pas un acte quelconque ; c'est un acte qui a des conséquences spéciales ; c'est la *fin* de cet acte qui le distingue. Tout individu a des obligations vis-à-vis du milieu dans lequel il vit, grandit, agit ; dès l'instant où il brise volontairement ou instinctivement cette sorte de contrat qui le lie socialement, il se met en dehors de la légalité. C'est le cas du fugueur qui abandonne son domicile, et c'est pourquoi la fugue est un acte anti-social.

Mais l'abandon du domicile, qui est à l'origine de l'état morbide, ne suffit pas par lui-même pour que la fugue soit réalisée ; il doit s'exécuter dans les conditions particulières qui suivent :

D'une part, le sujet quitte son domicile et n'y revient pas, soit parce qu'il en est rendu incapable par son état psycho-morbide, soit parce que réellement il n'a pas l'intention de regagner sa résidence habituelle ; *le fait de ne pas rentrer* constitue pour le sujet la première condition de la fugue.

D'autre part, l'entourage du malade le considère comme étant disparu, absent ; il ignore ce qu'il est devenu ; et c'est cet état d'*incertitude de l'entourage* et du milieu dans lequel vivait le sujet, qui crée et précise l'autre condition de la fugue.

Ces conditions de situation, particulières pour le malade et pour l'entourage, indispensables pour que

l'état de fugue existe véritablement, peuvent être rapprochées de celles qu'exigent d'autres faits médico-légaux pour leur réalisation. Ainsi le paralytique général qui enflamme sans motif des allumettes, ne devient un incendiaire que s'il met le feu à sa maison ; de même un voyage ne devient une fugue que si le sujet ne rentre pas à son domicile et si son entourage le considère comme disparu, etc., etc.

L'état de fugue, avec ces limites et conditions précises, ressort par ses conséquences à la médecine légale, comme l'homicide, le vol, l'incendie, etc. ; et il se distingue alors aisément de l'épilepsie procursive, de l'automatisme somnambulique, alcoolique, en un mot de tous les déplacements, pathologiques, *qui ne s'accompagnent pas de disparition, d'absence du sujet.*

Dans une publication antérieure (1), nous avons montré, chez un même malade, des fugues véritables et des réactions en dehors du domicile, voisines des états de fugues. Aujourd'hui, nous apportons ici une observation de crises d'angoisse avec marches répétées sans fugue véritable.

OBSERVATION. — Crises d'angoisse avec marches répétées, chez une femme de soixante-quinze ans : sensations de battements à l'épigastre, impatiences. Soulagement au cours de la marche ; sentiment de honte. Pas de troubles de la mémoire.

S..., âgée de soixante-quinze ans, veuve actuellement, paysanne de la vallée de la Loire, présente depuis 1907, des crises d'angoisse qui la poussent à marcher, à quitter son domicile.

La maladie a débuté en février 1907. Quelque temps auparavant, la malade et son mari (qui est mort en janvier 1908), ont eu de grands chagrins. Leur gendre s'est fâché avec leur fille, celle-ci est revenue chez eux ; puis plus tard le gendre l'a reprise. Finalement, ils ont été abandonnés par leurs enfants, ceux-ci ne voulant plus exploiter leurs biens, ni les nourrir. Ils se sont alors donnés à rente viagère à des gens de la commune et vivaient misérablement.

Immédiatement avant le début des phénomènes psychopathiques, la malade a été atteinte d'une grippe (?) de courte durée.

(1) Benon et Froissart. *Journ. de psych. norm. et path.*, 1909, n° 3, loc. cit.

Quoi qu'il en soit, depuis février 1907, elle présente des crises d'angoisse qui reviennent tous les deux ou trois jours et la poussent à marcher.

La crise commence vers le milieu ou la fin de la nuit. La malade, qui a généralement pu dormir jusqu'à ce moment, éprouve d'abord une sensation de chaleur extrêmement pénible : « Mon lit me brûle et j'ai froid ; je me sens faible ; j'ai des tremblements de tout le corps et des palpitations ; mes dents claquent. Il faut se lever et marcher.

« Quand j'ai la « fièvre », quand j'ai « mon tourment », il faut que je marche... Ah ! Monsieur, c'est ce « tourment » que j'ai dans le corps !... Ça fait comme ça, à l'estomac (elle montre le creux épigastrique et avec son poing frappe sa poitrine à intervalles réguliers) ; c'est comme des battements..., ça me bat dans le corps, ça va aussi vite qu'une pendule. Dans le dedans ça fait toc, toc... pan, pan... (palpitations) et en même temps, c'est un tremblement, un tremblement par tous les membres. Je ne peux plus « durer » chez moi, il faut que je sorte. Je pleure...

« Quand je marche, ça se calme ; je ne sens plus rien.

« Si je m'assois, ça recommence, les battements, les impatiences...

« Quelquefois, quand je marche, je chante... des chansons de ma jeunesse ; cela me soulage : je crois que cela me guérit.

« Quand je suis comme cela et que je vais dans les champs, je fais attention de ne pas voir du monde ; j'ai honte. »

Elle se lève donc et marche. Tantôt elle peut rester dans sa chambre, en fait cent fois le tour, puis elle essaie de se coucher ; mais presque toujours elle doit bientôt se relever, pour marcher encore. Tantôt elle sort dans la cour de la maison et marche jusqu'au lever du soleil. Tantôt, enfin, elle sort dans la rue. Le plus souvent, elle se lève, va, vient, attend le jour, fait plus ou moins son ménage, et part sur les chemins, à travers champs, parcourant la commune en tous sens.

Parfois la douleur, la « fièvre » est telle qu'elle n'a pas le temps de s'habiller : « L'autre jour, je suis partie toute nue, tellement ça me « tenait ». Je n'avais que ma chemise et mon cotillon. »

Les crises, qui sont toujours très pénibles, sont bien conservées dans la mémoire, et elles durent de douze à seize heures : « Ça se termine tout d'un coup, dans l'après-midi ou seulement vers le soir ; je me trouve bien ; c'est comme si je n'avais rien eu. »

Elle reste calme quelques jours, déprimée, affaissée, et cela recommence.

Elle souffre beaucoup de sa situation : au début, les voisins,

les amis l'écoutaient. Aujourd'hui, on la traite de folle et on l'évite. Elle-même, d'ailleurs, fuit la société et se cache quand elle voit quelqu'un.

Elle n'a pas d'idées de persécution, ni idées de possession, de culpabilité, de ruine, d'indignité, etc.

Ses facultés mentales ne sont pas affaiblies, malgré son grand âge et sa misère physiologique.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père, dit-elle, à la suite de la perte de sa femme, quelques mois avant de mourir, aurait eu des besoins de marcher : « Je ne sais pas, si j'ai la même chose. » Pas d'autres antécédents.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elle n'a jamais été malade. Elle a vécu la vie régulière et laborieuse des petits paysans-propriétaires des communes éloignées des grands centres ; la *ménopause*, survenue à cinquante ans, n'a déterminé chez elle aucuns troubles.

L'examen somatique est négatif. Les artères ne sont pas très athéromateuses : la malade a des varices aux jambes, avec un peu d'œdème.

Voilà donc une malade, angoissée par intervalles, qui, pour se calmer, se livre à des marches répétées, mais qui jamais n'abandonne son domicile, qui jamais n'a songé à le quitter. Doit-on considérer ces *crises de marche* comme des fugues ? Quant à nous, nous mettons ces réactions en dehors des fugues.

En résumé, la fugue et c'est cela qui la distingue des états cliniques voisins de l'état de fugue, nécessite, pour se trouver réalisée, l'existence de conditions de situation particulières, individuelles et sociales : d'une part, le sujet fugeur ne rentre pas à son domicile, et, d'autre part, l'entourage est incertain sur son sort ; autrement dit le malade s'est enfui, il a disparu et on ignore où il est.

Il est à remarquer que le fugeur est toujours un absent, tandis que l'absent peut n'être pas un fugeur.

DISCUSSION

M. VIGOUROUX. — Vous dites que la seconde condition nécessaire pour qu'il y ait fugue consiste en ce fait que l'entourage du malade ignore où il est et le considère comme perdu.

Cette condition extérieure au malade ne me paraît

pas pouvoir être considéré comme un caractère distinctif des fugues. Car, suivant votre définition, il y aurait fugue ou non selon que la trace du malade aurait pu être suivie par les siens ou par la police, selon que la fugue l'aurait amené dans un pays où il est connu ou inconnu?

Il n'est pas possible de baser un caractère distinctif d'un état morbide sur une condition aussi indépendante du sujet.

M. KERAVAL. — Au point de vue médico-légal, qu'est-ce que cela peut faire que la famille sache ou ne sache pas en quel endroit se trouve le malade?

M. RITTI. — Lorsqu'on est appelé à donner son avis médico-légal sur une fugue, il faut remonter à la cause clinique de celle-ci.

M. LEGRAS. — Au point de vue médico-légal, le médecin doit toujours s'appuyer sur la clinique.

M. TRENEL. — La définition que vous donnez de la fugue est trop compréhensive; elle s'applique à la fois à l'absence et à la fugue : au banquier qui s'esquive et à l'épileptique qui part sous l'influence d'une impulsion irrésistible et inconsciente. Ce serait, à mon avis, une déformation du mot fugue.

M. PACTET. — Vous comprenez parmi les fugues des états bien connus et bien décrits sous le nom d'automatisme ambulateur; ce terme est clair, et, à mon avis, doit être conservé.

M. BENON. — L'état de fugue entraîne des conséquences et pour le sujet et pour son entourage. Nous avons surtout voulu envisager la fugue au point de vue social et médico-légal.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 18 janvier 1909. —

I. — *Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe*; par M. Vieux-Pernon (service de M. Magnan). — Le malade, âgé de trente et un ans, présente une asymétrie faciale marquée. Dès son enfance, il s'applique à redresser les torts et à consoler les victimes; plus tard, il fréquente les bibliothèques, préoccupé par les questions sociales. Un jour, Dieu lui apparaît dans le soleil, et, spontanément, surgit dans son esprit la pensée que Dieu l'inspire, qu'il est le Messie. Il trouve dans l'Apocalypse la preuve absolue de sa mission et des épreuves qu'il doit subir.

Interrogé par M. Ritti, le malade avoue avoir eu des visions sans hallucinations de l'ouïe; il a des intuitions qui ne viennent pas de lui, écrit des prophéties d'un seul jet sous l'influence de l'inspiration.

La mère du malade a présenté des idées de persécution, puis des accès d'agitation violente, et enfin des alternances d'excitation et de dépression. A l'heure actuelle, excitée et loquace, elle a des idées ambitieuses et érotiques, absurdes et incohérentes.

Les deux malades sont intéressants à comparer: le fils, calme et lucide, avec son délire mystique systématisé; la mère, excitée, émettant des idées délirantes polymorphes.

II. — *Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire*; par M. Mignard (service de M. Toulouse). — La malade de M. Mignard est une dégénérée héréditaire, se reprochant de n'avoir pas assez découragé, quoique mariée, un homme qui, croyait-elle, voulait devenir son amant. Internée à la suite de deux tentatives de suicide, elle sort et rentre chez son mari. Là,

apparaissent des tics simulant le geste d'écarter d'imaginaires persécuteurs amoureux.

Pendant la présentation, la malade garde l'attitude d'une mélancolique et exécute fréquemment le geste d'écarter quelque'un et de repousser de la tête une proposition.

Provoqués par des idées délirantes, ces troubles moteurs sont maintenant devenus, pour la malade, l'origine de nouvelles préoccupations mélancoliques.

La malade présente encore des stigmates d'hystérie qui ne sont pas dus à la suggestion; il est intéressant de montrer leur association avec les stigmates mentaux de dégénérescence.

M. Colin. — La malade a présenté en plus du tic actuel, d'autres manifestations motrices : spasmes du cou et de l'épaule, astasie-abasie, etc. Il s'agit d'un délire mélancolique évoluant chez une héréditaire avec tics et phénomènes hystériques.

III. — *Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique*; par MM. Briand et Brissot. — Il s'agit d'une ancienne mélancolique devenue démente. Constamment, elle arrache ses cheveux du côté droit, les noue et les mange; si elle cesse ce geste, c'est pour se ronger les ongles et la pulpe des doigts.

Faut-il trouver l'origine de ces actes dans un geste d'inquiétude habituel aux mélancoliques qui aurait survécu au délire et serait stéréotypé?

M. Lwoff est arrivé à déshabituer une malade d'actes analogues en la faisant surveiller constamment par une infirmière.

M. Roubinowitch. — On pourrait employer un appareil présenté à l'Académie de médecine et qui empêche le malade de se ronger les ongles; ce n'est pas un moyen de contrainte pénible et il préserve d'automutilations plus ou moins graves.

IV. — *Méningite tuberculeuse terminale chez un dément précoce dégénéré héréditaire*; par MM. Vigouroux et Naudascher. — Un dégénéré héréditaire porteur d'une lésion tuberculeuse ancienne, présente, à l'âge de vingt ans, une attaque convulsive et des troubles mentaux : idées hypocondriaques et de persécution mal systématisées, fugues non épileptiques. Peu à peu, l'intelligence s'affaiblit, la stéréotypie et l'indifférence affective apparaissent. Le malade meurt plus tard de méningite tuberculeuse.

On pourrait admettre qu'il s'agit d'un délire polymorphe de dégénéré suivi de démence rapide ou d'une démence précoce liée à la puberté, mais l'hypothèse à laquelle se rattachent MM. Vigouroux et Naudascher est que l'intoxication tuberculeuse agissant sur un cerveau prédisposé a provoqué ces troubles mentaux. Histologiquement, il est difficile de faire la part des lésions dues aux toxines solubles ou à la méningite terminale.

M. Pactet. — Pour M. Klippel, la démence précoce serait caractérisée anatomiquement par la lésion exclusive du neurone.

M. Vigouroux. — Il est possible qu'une infection tuberculeuse peu virulente altère électivement le tissu neuro-épithélial.

V. — *Un cas de paralysie générale juvénile. Autopsie*; par M. Marie. — M. Marie présente l'encéphale d'un malade déjà examiné à une séance précédente pour lequel on avait discuté le diagnostic de paralysie générale juvénile.

Les ventricules sont dilatés, le plancher du IV^e présente des granulations, les circonvolutions médio-frontales décortiquées montrent l'aspect chagriné.

Cet examen macroscopique confirme le diagnostic de paralysie générale; d'ailleurs, la réaction de Wassermann positive, signe de périencéphalite syphilitique diffuse, avait du vivant du malade vérifié ce diagnostic.

M. Colin. — M. Marchand a publié en 1900 un cas analogue. Chez un malade présentant des signes d'infantilisme à la suite d'un traumatisme est apparu le syndrome paralytique. Histologiquement, il s'agissait de démence précoce. L'examen histologique est donc nécessaire pour trancher la question.

M. Marie. — Il sera pratiqué, mais ne pourra que confirmer le bio-diagnostic fourni par la réaction de Wassermann.

Séance du 13 février 1909.

I. — *Un cas de maladie mentale familiale. Psychose de forme périodique chez deux sœurs*; par les D^{rs} Leroy et Trenel. — La première malade, après un accès de manie ayant duré six mois, reste guérie pendant cinq ans. En novembre 1907, elle présente un nouvel accès d'excitation maniaque avec débilité mentale qui dure dix mois. Pendant les périodes menstruelles, l'excitation est remplacée par de la dépression. Actuellement, la débilité mentale est manifeste, la malade est depuis longtemps guérie de son accès.

Sa sœur, âgée de trente-cinq ans, semble avoir eu il y a dix ans une fièvre typhoïde avec délire et hallucinations. Il y a un an, elle entre à Maison-Blanche pour débilité mentale et excitation maniaque avec incohérence et confusion dans les idées. Trois mois après, elle tombe dans la stupeur et le mutisme avec quelques attitudes catatoniques passagères. La température est notablement abaissée, le pouls ralenti, la quantité d'urée au-dessous de la normale.

L'évolution de ces deux malades en deux accès séparés, la brusquerie du début et de la guérison font penser à deux cas de folie périodique. On peut penser à une psychose familiale à cause de l'évolution analogue chez deux sœurs.

M. Magnan. — La même influence héréditaire peut provoquer chez les descendants des affections mentales très différentes.

M. Ritti. — Ces deux sœurs sont des périodiques, et l'on sait que la périodicité est caractéristique des formes héréditaires. On observe souvent des frères aliénés, mais sans pouvoir trouver les signes pathognomoniques d'une maladie familiale vraie.

II. — *Migraine. Aphasie et parésie transitoires. Alcoolisme. Fugue inconsciente et fugue consciente. Tendance au suicide*; par le D^r de Clérambault. — Le malade de M. de Clérambault est un dégénéré héréditaire présentant du strabisme externe et du ptosis gauche depuis l'âge d'un mois et demi. Entre quinze et dix-sept ans, apparaît une série de violentes migraines avec engourdissement du bras gauche et, une seule fois, aphasie transitoire.

Devenu alcoolique, le malade fait une fugue inconsciente. Il se rappelle être tombé dans la rue. Il est ensuite entré dans un café, s'est endormi, a été transporté dans une chambre d'hôtel; il ne connaît ces détails que par le récit des témoins. Plus tard il a présenté une hallucination de quelque durée, surgie dans le sommeil; accompagnée d'action et suivie de souvenir. Deux ans après, le malade fait une fugue consciente: il quitte la maison, visite diverses villes, rentre chez lui toujours obsédé par des idées de suicide; finalement il se tire sans résultat un coup de revolver dans la poitrine. Il manifestait d'ailleurs depuis l'âge de dix-sept ans des tendances au suicide tantôt sous forme d'intention raisonnée, tantôt d'idée obsédante.

Cette observation est intéressante par le fait que le malade,

gaucher a présenté des troubles sensitifs et moteurs toujours du côté gauche. Les troubles migraineux et leur cortège se rattachent à l'épilepsie larvée, de même la fugue amnésique semble être le résultat d'une prédisposition épileptique réveillée par l'éthylisme.

III. — *Mélancolie chez une négresse soudanaise*; par le D^r Trenel. — M. Trenel présente une négresse du Soudan, de race Peuhl, atteinte de dépression mélancolique consciente avec idée d'indignité, de culpabilité, hallucinations.

IV. — *La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale*; par le D^r Dagonet. — Dès 1904, M. Dagonet a fait, selon le procédé de Cajal, l'imprégnation argentique des neurofibrilles sur trois cerveaux de paralytiques. Les cellules cérébrales et les cellules de Purkinje s'imprégnaient difficilement, mais partout on voyait persister les neurofibrilles intracellulaires, même dans les cellules les plus lésées. Ces résultats ont été contredits par Marinesco, G. Ballet, Lavastine. Dans un travail récent Moriyasu, qui emploie le procédé de Bielschonski, a admis la persistance relative des neurofibrilles extracellulaires, mais il a trouvé des modifications très nettes des fibrilles intracellulaires.

M. Dagonet projette les photogrammes de nouvelles préparations dans lesquels on peut voir la persistance des neurofibrilles intracellulaires; pour lui, la neurofibrille est l'« ultimum moriens » dans la paralysie générale.

M. Pieron pense que les neurofibrilles sont aussi l'« ultimum moriens » dans toutes les lésions de la cellule nerveuse.

V. — *Deux cas d'aphasie sensorielle*; par M. Vigouroux (présentation de pièces). — Il s'agit d'un paralytique général qui présentait de l'aphasie sensorielle avec prédominance marquée de surdité verbale, loquacité et un peu de jargon aphasie. Il n'avait pas d'aphasie motrice.

A l'autopsie on a trouvé la pie-mère épaissie, adhérent à peu près exclusivement aux deux tiers antérieurs du lobe sphénoïdal gauche.

L'examen histologique de la deuxième temporale gauche a montré de la périvascularite, de la chromolyse, des altérations cellulaires. Cette observation est un type très net de la forme sensorielle de la paralysie générale.

La seconde pièce provient d'un malade entré à l'asile avec de la surdité verbale, de l'amnésie.

A l'autopsie on a trouvé une pachyméningite hémorragique

ancienne, comprimant et atrophiant le lobe temporal gauche. Histologiquement on observe des altérations cellulaires et de l'hyperplasie névroglique.

Séance du 15 mars 1909.

I. — *Un cas de délire d'interprétation*; par M. le D^r Sérieux, — Depuis quinze ans la malade de M. Sérieux présente des troubles mentaux caractérisés par l'interprétation erronée des moindres faits de la vie habituelle; elle voit partout des choses louches, des insinuations, des allusions. Le moindre geste, un mot ambigu sont l'origine d'une série de faux jugements qu'elle applique à sa situation.

La malade conserve sa lucidité et son intelligence et ne présente pas le moindre trouble sensoriel. Il s'agit donc d'un délire de persécution basé sur des interprétations délirantes.

La malade, bien différente des persécutés persécuteurs, ne réagit nullement contre ses ennemis imaginaires; elle appartient à la variété résignée du délire d'interprétation.

Les réponses de la malade interrogée par M. Magnan montrent bien qu'elle ne présente pas de troubles sensoriels.

M. Magnan se demande si l'on n'arriverait pas à quelques résultats par la persuasion.

M. Lwoff a essayé sans succès.

M. Boissier a observé une malade analogue.

II. — *Pouls lent permanent, vertiges épileptiformes et troubles mentaux*; par M. le D^r Vigouroux. — M. Vigouroux présente un malade qui semble réaliser le syndrome de Stokes-Adams: pouls lent permanent, athérôme artériel, vertiges épileptiformes, hypoacousie, etc. On observe en outre de la polydypsie et de la polyurie qui cadrent bien avec la localisation bulbaire du syndrome admise par certains auteurs.

On a observé encore chez ce sujet des vertiges nocturnes avec miction involontaire suivis de confusion mentale passagère. Il a eu aussi des crises d'anxiété avec hallucinations effrayantes; une autre fois il a essayé de se tuer.

Il faut remarquer que les divers éléments du syndrome de Stokes-Adams sont apparus à des intervalles très éloignés. Il ne s'agit donc pas du syndrome vrai de Stokes-Adams. Dès son enfance le malade avait constaté le ralentissement du pouls. La polydypsie et la polyurie ont fait leur apparition à dix-huit ans. A l'âge de trente-cinq ans le malade a subi un traumatisme crânien très grave; de nombreux excès alcooliques et

tabagiques ont déterminé chez lui de l'artério-sclérose, cause probable des manifestations épileptiformes. La pathogénie de la bradycardie et de la polydypsie reste obscure.

M. Dubout. Il serait intéressant de savoir si les vertiges épileptiformes ont débuté après le traumatisme cranien.

M. Picqué. Les rapports de causalité entre le traumatisme et l'épilepsie sont difficiles à préciser. La radiographie donne souvent des renseignements précieux en montrant des fractures de la table interne qui peuvent provoquer tardivement des troubles psychiques graves.

M. Marie. Les traumatisés cérébraux peuvent faire des plaques de méningite sans fracture de la voûte par propagation de l'infection à travers le diploë. La radiographie pourrait aussi, dans ces cas, déceler une pachyméningite locale sans fracture.

III. — *Paralysie générale précoce avec syphilis héréditaire*; par M. le Dr Trénel. — La malade de M. Trénel a présenté à vingt-six ans le syndrome paralytique : idées de grandeur absurdes, euphorie niaise, affaiblissement intellectuel, tremblement et troubles de la parole.

La malade, qui a toujours été débile, présente en outre des stigmates d'hérédosyphilis, développement physique incomplet, asymétrie crânienne et particulièrement dents sulcifformes de Parrot. La cause de cette paralysie générale semble être l'hérédosyphilis sans qu'on puisse pourtant éliminer de façon absolue la syphilis acquise.

M. Legrain a publié une observation de paralysie générale à dix-sept ans chez un fils de syphilitique. L'autopsie et l'examen histologique confirmèrent le diagnostic.

M. Marie rappelle l'observation du malade présenté à la Société par M. Colin, chez lequel on trouvait aussi une paralysie générale juvénile, de l'infantilisme, et des signes d'hérédosyphilis confirmés par la réaction de Wassermann.

IV. — *L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression*; par M. le Dr de Clérambault. — M. de Clérambault signale de nouveaux procédés d'exploration de la sensibilité douloureuse : pression unguéale, distension ligamentuse, pression des espaces interosseux, de la crête du tibia, des divers tendons, etc.

Ces procédés montrent que la sensibilité à la douleur des paralytiques et des tabétiques est très diminuée sinon abolie. Les alcooliques qui présentent de l'hyperalgie à la pression des

masses musculaires sont aussi hyperalgiques à la pression unguéale.

M. Picqué. Les tabétiques et les paralytiques supportèrent sans douleur apparente les opérations chirurgicales sans anesthésie. Il en est de même des alcooliques chroniques.

M. Legrain. Pour les alcooliques la contradiction entre M. de Clérambault et M. Picqué est seulement apparente, le premier observant les malades dans la phase aiguë ou subaiguë où la sensibilité est exagérée, le second dans une phase avancée de la chronicité où la sensibilité est émoussée.

V. — *Paralysie générale et aphasie-agnosie* (deux cas); par M. le D^r A. Marie. — Le premier malade était atteint de démence avec aphasie et agraphie, prédominance d'incompréhension auditive, difficulté d'expression verbale et écrite à l'occasion surtout des excitations auditives.

A l'autopsie, son cerveau présentait des adhérences méningées et de l'atrophie des circonvolutions particulièrement au niveau des lobes temporaux des deux côtés.

Le second malade était un paralytique général avec surdité et cécité verbale à peu près complète et aphasie motrice. Il présentait aussi de l'agnosie, entendant des sons sans les interpréter, ne reconnaissant pas les yeux bandés les objets les plus usuels.

L'encéphale est atrophié, la méningo-encéphalite est surtout manifeste dans la zone de Wernicke.

Ces observations montrent que les syndromes d'aphasie, d'agnosie, etc., peuvent s'observer chez les aliénés malgré la démence concomitante.

V. — *Paralysie générale infantile*; par le D^r A. Marie. — M. Marie montre des préparations histologiques de l'encéphale du malade, présenté en novembre par M. Colin. On observe de la méningite, de la périvasculite, des lésions cellulaires, qui confirment le diagnostic de paralysie générale déjà établi par la réaction de Wassermann.

Celle-ci consiste à fixer l'alexine de la toxine syphilitique (foie hérédosyphilitique) sur du sérum hémolytique privé de son alexine par le chauffage à 55 degrés.

Si le sujet est syphilitique, son liquide céphalo-rachidien contient des substances qui fixent la toxine syphilitique, de sorte que le sérum hémolytique privé d'alexine par la chaleur ne peut produire d'hémolyse. Cette explication basée sur la théorie d'Ehrlich est d'ailleurs contestée.

Séance du 19 avril.

I. — *Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans*; par le D^r Pactet. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui a été victime d'une chute grave avec traumatisme crânien et perte de connaissance. Le malade guérit fort bien, mais six mois plus tard présente une certaine excitation intellectuelle, de vagues idées de grandeur, de la confusion mentale très nette qui persiste encore à l'heure actuelle comme le montre la présentation du malade.

Faut-il attribuer au traumatisme crânien un rôle dans le développement des troubles mentaux. Il apparaît comme cause provocatrice des troubles psychiques sur un terrain affaibli par la puberté et peut-être par des tare^s héréditaires. On peut se demander si cet état de confusion ne passera pas à la chronicité; il faudrait alors ranger le malade dans le cadre de l'hébéphrénie.

II. — *Astasie-abasie délirante ou simulée*; par le D^r Truelle. — La malade de M. Truelle est une sénile de soixante-quatorze ans avec amaigrissement, artério-sclérose généralisée, faiblesse musculaire, diminution des sensibilités et de l'acuité sensorielle, léger affaiblissement intellectuel, amnésie notable. Elle présente des troubles de la marche et de la station debout avec élément phobique manifeste. Ces troubles s'accompagnent des caractères d'étrangeté et de variabilité tels qu'on penserait à la simulation si la malade avait un intérêt quelconque à simuler. Comme la malade a conscience de son amoindrissement qu'elle exagère même jusqu'à des idées délirantes d'insécurité et d'incapacité physique, on peut se demander si les troubles astasiques-abasiques ne doivent pas se rattacher à ces idées de négation atténuées.

III. — *Paralysie générale amaurotique*; par le D^r Trenel. — Il s'agit d'une malade de trente et un ans, spécifique, ayant déjà eu quatre enfants mort-nés. Au début de sa cinquième grossesse en 1906, sa vue a commencé à baisser; en janvier 1907, on diagnostique une atrophie bilatérale du nerf optique.

La paralysie générale débute en juillet 1907 par un ictus apoplectiforme. A l'entrée à l'asile, on observe de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue et des lèvres, de l'inégalité pupillaire, de l'affaiblissement intellectuel avec amnésie, des hallucinations de tous les sens provoquant quelques idées de persécution. La malade a souvent des ictus épileptiformes

à la suite desquels elle présente un état crépusculaire avec hallucinations intenses.

La ponction lombaire n'a montré qu'un très petit nombre de lymphocytes.

M. Trenel a observé deux cas analogues avec amaurose tabétiforme à marche rapide, affaiblissement intellectuel progressif, délire hallucinatoire, symptômes moteurs spasmodiques.

M. Magnan. — Dans la paralysie générale, tous les nerfs peuvent être atteints d'atrophie, le nerf optique comme les autres; cette atrophie peut précéder l'apparition des autres symptômes. Cette particularité ne justifie pas le groupe de la paralysie générale amaurotique, pas plus que le délire hallucinatoire, car des délires de toute nature peuvent apparaître au cours de la paralysie générale. •

IV. — *Un cas de psychose hallucinatoire*; par le D^r Crinon. — M. Crinon présente une malade de soixante et un ans internée pour des troubles éthyliques. Actuellement, elle subit des hallucinations de tout ordre sans réagir par aucune idée délirante. Elle entend des voix qui l'invectivent, éprouve des troubles cénesthésiques, des hallucinations olfactives, etc. Cette malade se bornant à constater ses hallucinations, n'étant ni désorientée, ni affaiblie, doit entrer dans le cadre de la psychose hallucinatoire.

M. Pactet. — Les idées qu'exprime la malade et qui ont leur origine dans les troubles psycho-sensoriels sont délirantes. L'absence de système délirant est un indice d'infériorité intellectuelle. La malade semble appartenir à la catégorie des mélancoliques.

M. de Clérambault. — La malade semble entrer dans le cadre de l'« Halluzinose » ou délire hallucinatoire pur évoluant sur le terrain épileptique, paralytique ou alcoolique. Chez les alcooliques, il semble y avoir à côté des hallucinations un état émotionnel. Le délire hallucinatoire pur évolue sans le concours ni d'un tonus émotionnel ni d'un travail intellectuel.

Pendant la présentation, la malade paraît souffrir et gémit, elle entend dans son corps des voix qui lui disent qu'elle doit mourir.

V. — *Dégénérescence mentale avec épilepsie, actes inconscients, fugues, impulsions*; par le D^r Fillassier. — Il s'agit d'un malade dégénéré héréditaire, qui manifesta dès l'enfance un caractère irritable, avec impulsions. A l'âge de dix ans, il présentait des vertiges et des pertes de connaissance.

Il a souvent des impulsions qui le poussent à des fugues, à des vols; angoissé, il lutte vainement et éprouve une satisfaction extrême dès qu'il a cédé à l'impulsion.

Si pendant qu'il lutte contre la tentation un vertige survient, le malade accomplit inconsciemment l'acte auquel il était poussé.

Cette observation montre que c'est l'état cérébral du sujet au moment où il est poussé par l'ictus épileptique qui fait les frais du délire épileptique.

M. Magnan. Dans le cas de vertige épileptique, l'action frénatrice des centres supérieurs étant brusquement annihilée, l'acte est accompli d'une façon automatique.

VI. — *Paralysie générale prolongée* (présentation de pièces); par MM. les D^{rs} Marie et Bourilhet. — Le malade, colonial et alcoolique, fut interné en 1896 pour affaiblissement des facultés intellectuelles, avec excitation, inégalité pupillaire, quelques accroc de la parole.

Le syndrome paralytique resta cependant incomplet, et ce malade mourut de pneumonie en janvier 1909.

A l'autopsie, le cerveau présentait de l'épaississement des méninges, des granulations ventriculaires, histologiquement des manchons périvasculaires et de la réaction vasculo-conjunctive. Il s'agit bien d'une paralysie générale, mais atypique par suite de sa durée et de son aspect clinique.

Une insolation qui frappa le malade en 1885, l'alcoolisme chronique, l'absence de réaction de Wassermann militeraient en faveur d'une forme à part de méningo-encéphalite, en dehors de la parasymphilie.

VII. — *Hémiplégie d'origine traumatique*; par M. le D^r A. Marie. — Un homme de soixante ans est serré entre un mur et un camion sans que sa tête soit touchée. Il est transporté à l'hôpital et là il se rend compte que la jambe gauche est plus faible que la droite; peu à peu une hémiplégie gauche des plus nettes évolue avec de l'hémi-anesthésie et de l'hypo-acousie du même côté.

Il avait souvent de l'aphasie transitoire.

Le malade est mort d'une hémorragie du quatrième ventricule. L'hémisphère droit présentait un volumineux foyer hémorragique ancien du noyau lenticulaire, s'étendant au bras postérieur de la capsule interne, avec foyers lacunaires dans la région de la corne occipitale et de la tête du noyau caudé.

La compression brusque du thorax peut donc causer chez un

artério-scléreux cérébral une lésion vasculaire. La partie intéressante de l'observation est que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui semblait devoir ressortir à l'hystéro-traumatisme est plutôt d'origine organique par suite de l'extension des lésions au bras postérieur de la capsule interne, et au centre ovale postérieur.

MM. Colin et Pactet. — On a une tendance fâcheuse à englober sous le nom de sinistrose des phénomènes souvent très complexes et qui sont loin de représenter toujours des processus d'ordre psychologique.

D^r PAUL GUIRAUD.

JOURNAUX ESPAGNOLS

Archivos de Psiquiatria y Criminologia aplicadas a las ciencias afines.

ANNÉE 1907.

I. — *Nouvelles destinées de l'anthropologie criminelle*; par le D^r José Ingegnieros (numéro de janvier-février). — La criminologie moderne a pour objet l'étude scientifique du délit, considéré objectivement comme manifestation morbide de l'activité sociale de l'individu. Elle s'oppose à la conception classique du droit pénal, qui considère le délit comme une entité abstraite, et qui se fonde sur la notion du libre arbitre et de la responsabilité des délinquants. L'évolutionnisme et le déterminisme doivent transformer la science pénale : en matière de criminalité, il n'y a pas de délits, il n'y a que des délinquants.

Pour être vraiment scientifique, il a manqué jusqu'ici, à la criminologie moderne, une méthode précise, un programme d'études clair et bien défini. La fixation de ce programme d'après la méthode positive conduit M. Ingegnieros à une classification intéressante synthétisée dans les tableaux suivants :

Criminologie :

Etiologie criminelle. . .	Etude du déterminisme des délits.
Clinique criminologique.	Etude des formes des délits et des caractères des délinquants, d'après leur degré d'insociabilité ou de nocivité individuelle.

Thérapeutique du délit. . . . Etude des moyens préventifs et de l'organisation des institutions nécessaires à la défense de la société contre le délit.

Tels sont les trois termes de la science du délit.

1° *Étiologie criminelle.* — Les facteurs étiologiques du crime se répartissent en deux grandes catégories :

Étiologie criminelle :

Anthropologie criminelle. Facteurs endogènes, biologiques, personnels au délinquant.	{	<i>Psychopathologie criminelle.</i> Anomalies fonctionnelles psychiques du délinquant.
	{	<i>Morphologie criminelle.</i> Anomalies morphologiques du délinquant.
Mésologie criminelle. Facteurs exogènes propres au milieu ambiant. . . .	{	<i>Sociologie criminelle.</i> Causes propres au milieu social.
	{	<i>Météorologie criminelle.</i> Causes propres à l'ambiance physique.

L'importance relative de ces facteurs étiologiques a été diversement appréciée par l'école anthropologique italienne, qui n'attribue qu'une faible valeur aux facteurs sociaux, et par les sociologues français, qui donnent à ces derniers facteurs une valeur excessive. En réalité, les divers facteurs étiologiques concourent tous à la détermination du délit (le microbe, dit Lacassagne, est un élément sans importance s'il ne rencontre pas un bouillon de culture). Mais ils se combinent dans des proportions diverses, de façon à réaliser une gamme étiologique complète, depuis le délinquant-né (maximum de facteurs endogènes et minimum de facteurs exogènes) jusqu'au délinquant accidentel (minimum de facteurs personnels et maximum de facteurs sociaux).

2° *Evolution de l'anthropologie criminelle.* — L'étude des facteurs anthropologiques du délit se base sur l'examen clinique des délinquants. L'école lombrosienne qui, la première, a procédé à cet examen, eut le tort de créer un type spécial, le type criminel, d'après les seules anomalies morphologiques : la présence de ces anomalies chez des délinquants à facteurs étiologiques endogènes prédominants, permet simplement de ranger ces sujets dans la grande famille des dégénérés de Morel. Mais les stigmates physiques n'ont aucune valeur spécifique comme élément de criminalité.

A côté des anomalies morphologiques, les criminels possèdent des anomalies psychiques parfaitement définies, dont l'étude constitue la psychopathologie criminelle ; l'écorce céré-

brale des délinquants présente les défectuosités communes à tous les dégénérés; mais ces défectuosités se révèlent par des altérations particulières, spécifiques, de la personnalité et de l'activité volontaire: en effet, tous les dégénérés n'orientent pas leur activité morbide vers le crime.

Les caractères morphologiques n'ont qu'une valeur secondaire, accessoire, dans l'étude des délinquants, au profit des caractères psychopathologiques; les premiers appartiennent à tous les dégénérés, les seconds sont particuliers aux criminels; si les stigmates physiques de dégénérescence se rencontrent chez les délinquants, c'est accessoirement et pour marquer le degré de leur dégénérescence.

Les troubles du fonctionnement psychologique, qui constituent le syndrome psychologique appelé par Ferri « tempérament criminel », sont essentiels; l'anthropologie criminelle doit étudier avant tout la psychopathologie des délinquants, préciser et classer leurs anomalies psychologiques.

Il faut se garder, dans cette conception, de confondre criminel et aliéné. Cette confusion ne serait possible qu'aux yeux de la métaphysique pénale, qui ne considère que la responsabilité des non-aliénés et l'irresponsabilité des aliénés. Au point de vue scientifique, le criminel et l'aliéné sont tous deux anormaux, dégénérés, pourvus d'un cerveau de fonctionnement défectueux; on n'a qu'à se préoccuper de défendre la société contre les actes antisociaux qu'ils sont susceptibles de commettre.

3°. *Classification nouvelle des délinquants.* — Les anomalies psychiques ne sont pas égales en quantité et en qualité; il existe divers types de criminels correspondant à des troubles des divers modes de l'activité psychique: dans les types purs, il y a prédominance des anomalies morales, ou intellectuelles, ou volitives.

Les divers modes de déséquilibre psychique peuvent s'associer pour créer des types combinés: troubles moraux et intellectuels; troubles intellectuels et volitifs (obsessions impulsives à réaction criminelle); les sensitivo-impulsifs (impulsifs passionnels). La différenciation de ces divers types sert de base clinique à une classification nouvelle des délinquants:

Étiologie criminelle.

Mésologie criminelle.	{	Sociologie criminelle.
	{	Météorologie criminelle.

Anthropologie criminelle.	Morphologie des délinquants.	Anomalies morales.	Congénitales : délinquants-nés ou fous moraux.
			Acquises : délinquants d'habi- tude ou perversis moraux.
			Transitoires : délinquants occa- sionnels.
	Psychopathologie des délinquants.	Anomalies in- tellectuelles.	Congénitales : délinquants par folie constitutionnelle.
			Acquises : délinquants par fo- lies acquises.
			Transitoires : ivresse, folies toxiques, etc.
		Anomalies volitives.	Congénitales : délinquants épi- leptiques impulsifs.
			Acquises : alcooliques chroni- ques impulsifs.
			Transitoires : impulsifs passion- nels, délinquants émotifs.

Enfin certains dégénérés profonds réalisent le type complet.

4° *Applications pénales.* — La négation du libre arbitre détruit la notion de la responsabilité, et avec elle tout le système pénal dont elle est la base. La société n'a pas le droit de punir, mais elle a le droit de se défendre : la défense sociale est la base rationnelle d'un système pénal vraiment scientifique, exclusivement proportionné à la nocivité du délinquant. Cette défense sociale dispose de nombreux moyens qui peuvent être groupés en plusieurs catégories. Mais pour être efficace, elle exige au préalable une étude psychopathologique individuelle du délinquant, et elle doit correspondre à la catégorie clinique dans laquelle rentre cet individu. Les délinquants étant dissemblables, les peines à leur appliquer doivent également être différentes : toute réforme pénale doit tendre à l'individualisation progressive de la peine.

Si la répression se base non plus sur la responsabilité, mais sur le degré de nocivité des délinquants, leur situation juridique se modifie complètement, comme le montre le tableau suivant :

Répression maxima.	{	Délinquants-nés ou fous moraux; délin- quants habituels incorrigibles.
		Aliénés délinquants avec psychoses con- génitales ou acquises d'une façon défi- nitive, incurables ou récidivants.
		Épileptiques délinquants, alcooliques chroniques impulsifs incurables.

Répression moyenne.	{ Délinquants habituels perfectibles. { Délinquants avec psychoses transitoires. { Impulsifs dont on peut éduquer le pouvoir d'inhibition.
Répression légère.	{ Criminaloïdes et délinquants occasionnels. { Délinquants avec psychopathies épisodiques curables. { Claudication accidentelle de la volonté.

Il existe une corrélation parfaite entre ce critérium pénal de la nocivité sociale et la classification nouvelle des délinquants proposée par M. Ingegneros : celle-ci concilie le critérium juridique pour transformer le code pénal en une institution de prophylaxie et de défenses sociales.

II. — *Délire systématisé progressif. Rapport médico-légal*; par les D^{rs} Carlos D. Benites et Julio V. Uriburu (numéro de janvier-février). Il s'agit d'un cas classique de paranoïa avec appoint alcoolique. Le malade, qui fuyait ses persécuteurs, eut recours à la protection de la police et fut interné.

III. — *Le criminel; ses anomalies; réalité du type délinquant*; par le D^r Carlos Miguel de Cespedes (numéro de mars-avril). — Le type délinquant ou type criminel est constitué par des particularités anatomiques nombreuses, des caractères physiologiques, et une psychologie spéciale dont les traits essentiels sont : l'anesthésie morale, l'imprévoyance (d'où découle l'impulsivité par défaut d'inhibition des centres sensoriels), et, secondairement, l'absence complète de toute discipline sociale. Ces caractères spécifiques déterminent un habitus, une physionomie typique : les criminels ont tous un air de famille. L'analyse des traits différentiels du facies criminel, considéré dans sa structure et dans sa mimique, a conduit Lombroso, Ferri, Marro, etc., à distinguer plusieurs catégories : les assassins, les voleurs, les satyres présentent des particularités distinctives très nettes; Ferri va jusqu'à décrire sept types différents de meurtriers. Ces divers types physiognomoniques sont si nets que, dans un groupe de photographies, on peut les reconnaître sans être clinicien. Ils ont été vulgarisés par la littérature, l'art, la langue populaire, et même la jurisprudence. Le criminel présente, il est vrai, de nombreux traits communs avec la classe sociale dont il est issu. Mais, en outre de ses stigmates très abondants et d'intensité exagérée, qu'on retrouve atténués chez les anormaux, les caractères physiognomoniques achèvent de créer la spécificité du type criminel.

IV. — *Exaltation passionnelle et responsabilité pénale ; rapport médico-légal* ; par les D^{rs} Ramon Gimenez, Angel Godoy et B. Perez Avendano (numéro de mars-avril). — A propos du meurtre commis par un commandant sur un capitaine de son régiment, qui avait porté contre lui une dénonciation calomnieuse, meurtre suivi d'une tentative de suicide, et après avoir écarté l'hypothèse d'un accès de folie transitoire chez un sujet normal au point de vue psychique, les auteurs soutiennent l'opinion suivante : l'exaltation passionnelle, provoquée par des causes graves et développée d'une façon subite, suffit à supprimer le contrôle de la conscience, la réflexion, et l'action frénatrice de la volonté, et à donner les caractères de l'impulsivité aux actes commis dans un état passionnel. De là l'irresponsabilité totale. Le conseil de guerre, admettant les conclusions de ce rapport, prononça l'acquittement.

V. — *La vanité criminelle* ; par le D^r José Ingegnieros (numéro de mars-avril). — Au cours d'une visite dans les prisons d'Italie, qui a été le point de départ de ce travail, M. Ingegnieros a observé chez les détenus un orgueil exagéré et morbide, qui lui a paru plus développé en Italie que dans les prisons des autres pays. L'hypertrophie pathologique de la vanité procède d'un sentiment normal chez l'homme : le désir de briller dans son milieu, la recherche de la célébrité. Elle fait de l'individu tantôt seulement un extrasocial, sur les frontières de la folie, tantôt un antisocial, réagissant contre son milieu. Chez les criminels, qui rentrent dans le deuxième groupe, la vanité morbide est le trait le plus saillant de leur psychologie, comme en témoignent les régicides et les anarchistes. L'orgueil des criminels s'accompagne constamment d'une suggestibilité qui leur est commune avec les dégénérés, et qui explique l'influence des idées en harmonie avec leurs tendances antisociales.

VI. — *Dipsomanie et épilepsie alcoolique ; rapport médico-légal* ; par le D^r Miguel Olivera Cordoba (numéro de mars-avril). — L'auteur apporte l'observation d'un alcoolique chronique avec anesthésie sensitivo-sensorielle, abolition des réflexes (sauf les pupillaires normaux et les rotuliens exagérés), dépression et apathie habituelles, affaiblissement intellectuel, aprosexie, amnésie partielle, et abolition du sens moral. Dipsomane, cet individu présente, après ses excès de boissons variées (vin, absinthe, bitter, etc.), des accès de fureur alcoolique suivis de dépression, de céphalée, et de crises franches d'épilepsie. Au cours d'un de ces accès d'alcoolisme aigu, il

tue un de ses compagnons en le frappant avec acharnement de plusieurs coups de couteau, et cela en un clin d'œil et sans discussion préalable. Le diagnostic porté fut celui de réaction impulsive dans un cas d'épilepsie alcoolique.

VII. — *Enseignement de la médecine légale au Chili; son programme*; par le D^r Tomas A. Cisneros (numéro de mars-avril). — Il nous est impossible de résumer ce programme d'études très détaillé et bien compris, qui s'attache à initier les futurs experts aux éléments du droit civil et pénal, et donne pour objet à la médecine légale l'étude de l'« anthropologie juridique ».

VIII. — *Folie survenue au cours d'une instruction judiciaire*; par le D^r Tomas de Veyga (numéro de mars-avril). — Un ouvrier qui avait tiré des coups de revolver sur son patron par jalousie, est déclaré responsable par les experts. Un accès de manie aiguë survenant pendant une contre-expertise, amène à conclure que l'inculpé pouvait ne pas jouir de ses facultés au moment du délit. Acquittement.

IX. — *L'assistance des aliénés criminels dans les asiles espagnols et en particulier à l'asile de San Baudilio (Barcelone)*; par le D^r A. Rodriguez Morini (numéro de mars-avril). — De cette communication faite en 1906 au Congrès international de Milan pour l'assistance des aliénés, citons les conclusions : 1° Le nom d'aliénés criminels est mauvais et devrait être remplacé par celui d'aliénés délinquants; 2° il n'existe pas en Espagne d'asiles spéciaux pour cette catégorie de malades, et ceux qui existent dans les autres pays devraient être supprimés; 3° en Espagne, les aliénés criminels sont soumis au même régime que les autres malades, sauf en ce qui concerne leur sortie, autorisée seulement, après guérison complète, par le tribunal qui a ordonné l'internement; 4° à l'asile de San Baudilio, ces malades sont traités comme les autres, avec lesquels ils sont mélangés; travaillant même souvent dans les ateliers ou la colonie agricole. Ne sont retenus dans les quartiers fermés que les impulsifs, les fous moraux, et les évadeurs.

X. — *Un cas d'hystérie délirante guérie*; par le D^r E.-L. Abogado (numéro de mars-avril). — Sous ce titre, l'auteur cite un cas de folie communiquée à forme de délire mystique chez deux sœurs, terminé par la guérison de celle qui jouait le rôle passif, quelque temps après la mort de son aînée. Il ne s'agissait pas d'une paranoïa, au sens de délire systématisé développé sur un fond dégénératif, mais d'une psychose acci-

dentelle chez un sujet anormal prédisposé par un tempérament nerveux, et par suite très suggestionnable.

XI. — *Institut de criminologie ; sa fondation dans le pénitencier national de Buenos-Ayres* ; par le Dr José Ingegnieros (numéro de mai-juin). — En présence des tendances nouvelles qui assignent comme objet à la criminologie l'étude des délinquants, toute initiative qui accroît l'influence de cette science sur la vie sociale marque un progrès réel. C'est à ce titre que mérite d'être signalée la fondation, dans le pénitencier national de Buenos-Ayres, d'un Institut de criminologie ou laboratoire de psychologie et d'anthropologie criminelles, créé par le gouvernement argentin et dirigé par M. Ingegnieros. Il adopte le programme déjà exposé dans ce journal (numéro de janvier) et analysé par nous, qui comprend trois branches connexes : l'étiologie criminelle, la clinique criminologique, la thérapeutique criminelle. L'Institut est astreint à dresser une fiche médico-psychologique pour chaque condamné ; il est chargé aussi de procéder à l'examen mental de tous les détenus suspects d'aliénation mentale, d'épilepsie, d'alcoolisme, etc. Le rôle de cet organisme scientifique est de préparer la transformation du code pénal.

XII. — *Un sadique assassin* ; par M. Arthur Mac Donald (numéro de mai-juin). — Il s'agit dans ce travail d'un nouveau cas de viol, accompagné de blessures et suivi de mort par strangulation, commis sur deux femmes, dans les mêmes conditions, par un sadique. La question de responsabilité ne fut pas posée. En l'absence de tout examen mental, l'assassin fut condamné et exécuté.

XIII. — *Puérilisme mental* ; par le Dr Bernardo Etchepare (numéro de mai-juin). — Le puérilisme mental, décrit par Dupré comme un syndrome caractérisé par « une sorte de régression de la mentalité vers l'enfance », et dont plusieurs cas ont été publiés, est d'une réalité clinique indiscutable. Il se présente sous deux formes : aiguë et chronique. Dans la forme aiguë, il est difficile de ne pas penser à une manifestation de l'hystérie. Quant au puérilisme chronique, dont M. Etchepare communique un cas chez une femme de soixante-trois ans, il s'observe dans la démence sénile. En appliquant à la mémoire la loi de régression de Ribot, on s'explique qu'il existe un moment où le malade ne conserve que les souvenirs, les idées et les sentiments du jeune âge. Le puérilisme observé dans les cas de tumeur cérébrale est d'interprétation difficile ; on peut

penser à un déficit intellectuel se manifestant par une oblitération plus ou moins étendue des souvenirs. Le puérilisme est fréquent chez la femme, et tous les cas publiés se rapportent à ce sexe.

XIV. — *Psychopathies infectieuses aiguës*; par M. le Dr Rodriguez Morini (numéro de mai-juin). — Cet article est une revue rapide des notions connues sur les psychoses infectieuses, appuyée de sept observations personnelles. L'auteur insiste surtout sur la différence clinique entre les psychoses de la période aiguë, ou psychoses infectieuses proprement dites, et les psychoses de la période terminale, ou post-infectieuses.

XV. — *Troubles somatiques et psychiques dus au sulfonal*; par le Dr Emilio Vidal Abal (numéro de mai-juin). — Vu la rareté des intoxications par le sulfonal et l'association de troubles hystériques dans ce cas particulier, cette observation vaut d'être résumée avec quelques détails. Une hystérique de vingt-quatre ans, qui avait déjà présenté des manifestations de la névrose (attaques fréquentes, rétention d'urine, aphonie), se trouvant atteinte de céphalalgie intense et d'insomnie, absorbe 1 gr. 50 de sulfonal en deux doses égales séparées par un intervalle de trois heures. Quinze minutes après l'ingestion du deuxième cachet, surviennent des vertiges, des malaises, une sensation de pesanteur dans la tête et du dérobage des jambes, avec hallucinations visuelles et auditives. Au bout de deux à trois heures, tout était rentré dans l'ordre. Le surlendemain, une nouvelle ingestion de sulfonal dans les mêmes conditions provoque, un quart d'heure après, des désordres plus sérieux: torpeur intellectuelle avec automatisme, incoordination motrice, démarche titubante, désorientation complète; la malade semble être en état d'ivresse. Une demi-heure après l'ingestion, apparaît une agitation motrice considérable, avec incohérence du langage et des actes, hallucinations de la vue et de l'ouïe, fausses reconnaissances et troubles oculaires (mydriase, paresse des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation, hyperémie conjonctivale). L'agitation, compliquée d'attaques d'hystérie, se calme par moments; mais la confusion mentale, avec hallucinations visuelles terrifiantes (visions de flammes, de puits), conserve son intensité. Au bout de trois jours de cet état, l'excitation disparaît, le délire hallucinatoire se dissipe progressivement, laissant après lui de l'asthénie et de l'astasia-abasie. Ce dernier syndrome dure six jours encore et disparaît subitement par la psychothérapie.

Le dixième jour après le début des accidents, la guérison était complète.

XVI. — *L'aliénation mentale et les erreurs judiciaires*; par le D^r José Ingegnieros (numéro de juillet-août). — Les erreurs judiciaires, fréquentes dans la République Argentine, sont dues pour la plupart à l'indifférence de la justice, qui procède par documents écrits, sans interrogatoire de l'accusé, et sans entretiens de celui-ci avec son défenseur. M. Ingegnieros se propose d'écrire l'histoire d'une série d'erreurs judiciaires, et débute par le cas d'un paralytique général condamné pour vol à deux ans et demi de prison, et qui ne fut reconnu aliéné, malgré l'existence d'un délire mégalomane très actif, qu'après sa libération, à la période terminale de la maladie.

XVII. — *Incapacité civile des hystériques*; par les D^{rs} Lucas Ayarragaray et Carlos D. Benites (numéro de juillet-août). — Appelés à se prononcer, à l'occasion d'une instance en divorce, sur l'état mental d'une jeune femme enceinte de 7 mois, qui avait abandonné son domicile et avait été atteinte, dans un hôtel, d'attaques d'hystérie suivies d'une tentative de suicide, les auteurs conclurent à l'incapacité civile par suite d'aliénation mentale, après avoir observé les troubles mentaux suivants: hystérie, dégénérescence mentale, folie circulaire, morphinomanie chronique, et impulsions au suicide. L'acte incriminé offrait tous les caractères d'une fugue hystérique.

XVIII. — *Sur la pathologie de la puberté*; par les D^{rs} C. de Arenaza et J. P. Raffo (numéro de juillet-août). — Chez un garçon de quinze ans accusé de complicité de vol, on constate de nombreux stigmates de dégénérescence mentale et physique, avec faiblesse intellectuelle considérable, et absence de sens moral, qui expliquent ses excès d'onanisme et de boissons, et déterminent l'irresponsabilité.

XIX. — *Education des enfants arriérés*; par le D^r José S. Picado (numéro de septembre-octobre). — A l'occasion d'un projet de loi créant une école d'enfants arriérés à Buenos-Ayres ou plusieurs écoles régionales dans la République Argentine, l'auteur de cet article insiste sur l'urgence des mesures à prendre dans ce pays. La statistique officielle établie par le conseil médical scolaire donne un chiffre de 57 arriérés sur une population de 90.000 enfants, et, par induction, porte à 596 le chiffre total des arriérés. Cette évaluation est au-dessous de la vérité; en se basant sur les statistiques étrangères,

on obtiendrait pour la seule ville de Buenos-Ayres une proportion de 1,5 p. 100, soit approximativement 1.350 arriérés. Tandis que le conseil médical scolaire de Buenos-Ayres préconise l'éducation des anormaux dans des classes spéciales créées dans deux écoles de chaque district scolaire, et destinées à instruire les arriérés pédagogiques et les anormaux médicaux (solution recommandable au point de vue pécuniaire), M. Picado préfère, pour les soustraire à l'influence décisive du milieu, les recevoir dans un asile-école, pourvu d'un laboratoire d'examen susceptible de rendre des services, à titre onéreux, aux enfants du dehors. A la sortie de cet internat, les enfants seraient soumis au placement familial, ou envoyés dans des colonies agricoles. L'école doit s'inspirer de la méthode intuitive pour adapter ses programmes à l'intelligence de chaque élève, et viser toujours à un but utilitaire: les vrais anormaux ne peuvent devenir des intellectuels, on doit chercher à en faire des ouvriers moyens, utiles à la société.

XX. — *L'épilepsie infantile et le traitement métatrophique*; par le Dr Genaro Sixto (numéro de septembre-octobre). — M. Sixto fait sienne la théorie physiopathologique de Luciani, qui rapporte tous les symptômes de l'attaque d'épilepsie à l'excitation initiale du neurone et aux mouvements amiboïdes d'expansion ou de rétraction des dendrites. Le traitement de l'épilepsie doit tendre à empêcher ces mouvements, ou en d'autres termes lutter contre l'hyperexcitabilité du neurone. Le hypermeilleur moyen d'y parvenir est d'employer la bromuration de concert avec le régime déchloruré, suivant la méthode de Richet et Toulouse. Voici la thérapeutique personnelle de l'auteur: après un examen d'urine préalable indiquant l'état du filtre rénal et la quantité de chlorures éliminés, le malade est soumis à un régime hypochloruré (lait, œufs, bouillies, viande rôtie, riz au lait); après une nouvelle analyse d'urine, on donne de 2 à 6 grammes de tribromure avec addition de phosphate de soude (10 grammes dans une potion de 300 grammes contenant 15 grammes de bromures). Le malade prend deux cuillères par jour pendant la première semaine, trois pendant la deuxième, quatre pendant la troisième, et se repose pendant le quatrième septénaire. Cette bromuration progressive, qui arrive à la dose de 4 grammes par jour, permet de tâter la susceptibilité du sujet. La période d'interregne bromique est rendue nécessaire par l'accumulation du bromure dans l'organisme; si les attaques reparaissent pendant la semaine de

repos, le traitement est aussitôt repris. — La déchloruration de l'organisme ayant ses dangers, il faut se contenter de prescrire un régime hypochloruré, dans lequel la dose de chlorure de sodium ingérée, et par suite éliminée, soit un peu supérieure à la ration d'entretien de 2 grammes. L'adjonction de phosphate de soude au bromure est destinée à empêcher la déminéralisation de l'organisme. — Appliqué chez vingt-huit enfants, d'âge variant entre cinq et dix-sept ans, ce traitement, parfaitement toléré, a donné d'excellents résultats; les neuf observations qui accompagnent ce travail sont démonstratives à cet égard. Dans plusieurs cas, on a constaté, pendant la durée du traitement, une augmentation de poids.

XXI. — *Libération et abandon des aliénés délinquants*; par le D^r José Ingegnieros (numéro de septembre-octobre). — M. Ingegnieros continue la publication d'une série d'erreurs judiciaires relatives à des aliénés méconnus, par l'observation suivante. Un individu, poursuivi pour un homicide dont les causes et la mode d'exécution paraissaient bizarres, fut considéré comme ayant agi en état d'ivresse, et condamné. Au bout d'un temps très court, on constata un délire intense, qui nécessita son transfert à l'hospice comme aliéné délinquant; là, il fut gracié et remis en liberté. Au moment du délit, ce malade était atteint de délire systématisé de persécution avec idées de grandeur remontant au moins à plusieurs mois, sous l'influence duquel il avait réagi violemment. En outre de l'erreur de principe qui avait fait punir un aliéné irresponsable, il y a lieu de relever une double erreur de procédure: l'aliénation reconnue pendant l'accomplissement de la peine aurait dû provoquer la revision, et non la grâce et la libération; en second lieu, l'hospice n'aurait pas dû enregistrer ce malade comme aliéné délinquant, mais comme aliéné dangereux ordinaire mis en observation.

XXII. — *L'aliénation mentale et le délit; condamnation de malades irresponsables*; par le D^r José Ingegnieros (numéro de septembre-octobre). — Nouvelle contribution à la cause des aliénés méconnus. Un alcoolique, puni de prison pour tentative d'assassinat sur sa femme et une de ses filles, fut soumis presque aussitôt après le jugement, à l'examen des médecins de l'Institut de criminologie, sur la demande du médecin de la prison. Cet examen révéla l'existence des troubles mentaux de l'alcoolisme chronique, et d'idées délirantes polymorphes, non systématisées, avec prédominance d'idées mystiques et halluci-

nations auditives. Cet aliéné avait réagi au cours d'un délire transitoire dû à des excès de boisson.

XXIII. — *Les aliénés et la loi pénale*; par le D^r José Ingegnieros (numéro de septembre-octobre). — M. Ingegnieros soutient dans cet article l'opinion exposée par M. Gilbert Ballet, au Congrès de Genève de 1907, sur la responsabilité. La notion de responsabilité, comme fondement du droit pénal, n'est pas seulement antiscientifique, elle est éminemment dangereuse: le délinquant aliéné, que la déclaration de son irresponsabilité fait échapper à la justice, est souvent remis en liberté. C'est ainsi que les asiles pour criminels, et les quartiers spéciaux existant dans les prisons et les manicomies, sont actuellement des dépôts d'aliénés relevant de la justice, au lieu d'être des sections d'aliénés dangereux. Or, plus l'anomalie psychique d'un délinquant est intense, plus est dangereux son maintien dans la société. La science criminaliste, que beaucoup accusent à tort d'assurer l'impunité aux délinquants, enseigne au contraire que les troubles psychiques des criminels, quand ils sont profonds et incurables, loin de servir d'excuse, doivent au contraire motiver l'internement *ad vitam*. C'est la notion de « redoutabilité » du délinquant qui devrait guider l'action de la justice.

XXIV. — *Dissimulation dans les délires systématisés*; par les D^{rs} Lucio V. Lopez et A. Agudo Avila (numéro de septembre-octobre). — On pourrait donner à ce rapport le titre suivant: un cas de pseudo-séquestration arbitraire. Chez un aliéné qui se plaignait d'être victime d'un internement non justifié, les médecins chargés de l'expertise ne purent diagnostiquer un délire systématisé de persécution à la période d'état que par l'observation indirecte, basée sur les renseignements de la famille, les écrits du malade, et la surveillance discrète des infirmiers, tant le sujet avait d'empire sur lui-même pour dissimuler ses troubles mentaux.

XXV. — *Responsabilité et alcoolisme*; par les D^{rs} Manuel C. Barrios et Leonidas Avendano (numéro de septembre-octobre). — L'alcoolisme revêt plusieurs formes: l'ivresse; les diverses folies toxiques, formes graves de l'alcoolisme chronique; l'ivresse pathologique due à une impressionnabilité anormale des cellules nerveuses qui réagissent d'une façon exagérée sous l'influence d'un léger excitant (doses minimales d'alcool, émotions vives, etc.). Dans toutes ces formes, il y a aliénation mentale, passagère dans l'ivresse pathologique et les formes

chroniques sans lésions organiques irréparables, définitive dans la paralysie générale et l'épilepsie alcooliques. Dans l'ivresse simple, l'individu conserve la conscience de sa personnalité et le souvenir de ses actes; dans tous les cas où elle n'est pas préméditée pour faciliter le délit, le code péruvien l'admet comme circonstance atténuante. Mais il faut distinguer entre l'ivresse incomplète, qui mitige la peine, et l'ivresse complète, ivresse pathologique avec inconscience du sujet, qui entraîne l'irresponsabilité tout comme la démence et la folie.

XXVI. — *Hystérie et responsabilité pénale*; par le D^r Baltasar S. Beltran (numéro de septembre-octobre). — L'auteur de cet article reproduit le jugement qu'il rendit dans une affaire d'homicide commis par une hystérique. Menacée par son amant, et voulant se débarrasser de lui pour se remarier, cette femme profita de son sommeil pour le frapper de plusieurs coups de hache sur la tête; puis, aidée de son gendre, elle jette le cadavre dans un puits. Les experts et le défenseur ayant admis une atténuation de la responsabilité pour hystérie héréditaire, M. Beltran montre que les troubles de la sensibilité cutanée (zones anesthésiques et analgésiques), l'aproxexie, la débilité mentale, les altérations des organes génitaux (hypéresthésie ovarienne, prolapsus), et une légère exagération des réflexes rotuliens, constatés chez l'inculpée, ne suffisent pas, à défaut d'autres signes, pour admettre l'existence de folie hystérique ou d'un état de somnambulisme au moment du crime. Cette opinion est confirmée par les circonstances du fait: préméditation, motifs logiques, préoccupation de dissimuler l'acte criminel. L'accusée bénéficia simplement des circonstances atténuantes.

XXVII. — *Sacher-Masoch et le masochisme*; par C. Bernaldo de Quiros (numéro de novembre-décembre). — Sacher-Masoch fut-il masochiste? Il est impossible de répondre avec certitude, en présence des documents contradictoires fournis par son biographe Schlichtegroll et par les mémoires de sa femme Wanda, récemment publiés. Il semble avoir oscillé longtemps, au milieu de ses bonnes fortunes, entre deux types féminins, l'un bon, l'autre pervers, pour s'abandonner enfin à la désastreuse influence de ce dernier, et devenir « passiviste » avec association de fétichisme des fourrures. Son fameux roman: *La Vénus en fourrures*, est une véritable autobiographie clinique. L'origine de cette perversion sexuelle devrait être recherchée dans l'influence exercée sur lui, au

moment de la puberté, par la comtesse Zénobie, sa parente. A cet article est joint un portrait de Sacher-Masoch dont les traits efféminés trahissent un rêveur profond et sentimental.

XXVIII. — *La renaissance de la doctrine du neurone*; par S. Ramon y Cajal (numéro de novembre-décembre). — Depuis trois ans environ, les nombreux travaux histologiques, histogéniques et anatomopathologiques entrepris à l'aide des nouveaux procédés de coloration (au nitrate d'argent réduit), ont donné à la doctrine du neurone une solidité et un prestige qui lui ont rallié plusieurs de ses plus notables détracteurs de la veille. Les arguments des antineuronistes ont trait à la structure du système nerveux, aux relations intercellulaires, et à l'histogenèse des nerfs périphériques.

1° Structure : Apathy et Beethe admettent dans la cellule nerveuse deux éléments distincts : le neuroplasma, exclusivement nutritif, et les neurofibrilles, filaments nerveux indépendants, parcourant les expansions nerveuses en faisceaux parallèles, sans ramifications ni anastomoses, auxquels serait dévolue la conduction nerveuse. Cette indépendance des neurofibrilles, d'après Cajal, n'est qu'une apparence résultant d'une technique défectueuse. Le procédé d'imprégnation de Cajal et de Donaggio montre au contraire dans le corps cellulaire des réseaux compliqués formés par les neurofibrilles.

Plusieurs faits ruinent également la théorie de la conductibilité nerveuse exclusive des neurofibrilles : celles-ci constituent dans chaque rameau nerveux, au niveau des plaques motrices et des terminaisons sensitives, des réseaux et des anses compliqués ; si elles conduisaient seules le courant nerveux, on verrait l'influx moteur revenir de la plaque motrice vers la cellule d'origine. En réalité, le cylindraxe et ses ramifications se composent d'une charpente réticulée solidaire dans toutes ses parties. C'est de ce fait et de la continuité (niée par Beethe) du neuroplasma à travers les étranglements des nerfs, qu'est née la théorie de Schiefferdecker, Wolff et Verworn attribuant au neuroplasma la fonction de conduction nerveuse. Dans la rétine, le bulbe olfactif, le cervelet, les relations entre neurones s'établissent à l'aide d'articulations, et non par pénétration de neurofibrilles à l'intérieur du corps cellulaire. La propriété de conductibilité nerveuse appartient donc au neuroplasma, et même à la membrane cellulaire. Les neurofibrilles ne constituent donc pas une unité anatomique et physiologique homogène et stable, mais forment un réticulum doué de mou-

vements amiboïdes, et susceptible d'importantes transformations quantitatives et qualitatives sous des influences diverses (froid, fatigue, intoxications, infections, etc.).

- 2° Relations intercellulaires : autour de la cellule nerveuse existerait, en dedans du nid terminal, suivant Beethe et Apathy, un réseau tenu de neurofibrilles qui recevrait des anastomoses de ce nid, et se continuerait d'autre part avec le réseau intracellulaire. Pure hypothèse anatomique sans fondement : ce réseau n'est pas de nature nerveuse, puisque la méthode de Cajal et de Donaggio, possédant une affinité élective pour les seuls éléments nerveux, n'a pas permis de le colorer. Il n'affecte pas plus de rapports avec les fibres nerveuses extérieures qu'avec le réticulum intracellulaire, auquel il est simplement superposé. Il est aussi inexact d'admettre, comme le font Held, Holmgren et Wolff, une continuité de substance entre les boutons terminaux des nids péricellulaires et le stroma protoplasmique.

- 3° Histogenèse des nerfs périphériques : nous ne rappellerons pas la théorie caténaire ni les controverses entre adversaires et partisans de la théorie de His. L'imprégnation au nitrate d'argent réduit a permis d'observer le processus anatomique de régénération des fibres nerveuses sectionnées. Le bout central du cylindraxe émet d'abord des bourgeons sans myéline qui traversent la cicatrice, et se ramifiant, finissent par atteindre le bout périphérique. Le renflement en bouton qui les termine, parfaitement coloré, permet de suivre les fibres néoformées de leur origine à leur terminaison ; ces fibres, une fois reliées au bout périphérique, se ramifient de nouveau, pénètrent dans les gaines de Schwann qui ont persisté, et finissent par atteindre la périphérie. La multiplication active et précoce des cellules de Schwann du bout périphérique du nerf n'a pour but que de créer de nouveaux tubes, remplis d'une substance chimiotaxique qui oriente la croissance des nouvelles fibres.

- Lorsqu'il n'y a pas traces dans la cicatrice de ces fibres d'union, les deux bouts du nerf sectionné sont réunis par un riche plexus de faisceaux nerveux pâles et sans myéline.

- De même, chez l'embryon, les cylindraxes nus des racines sont en continuité avec les neuroblastes de His, sans la moindre trace des chaînons cellulaires décrits par plusieurs auteurs.

Tels sont les faits nouveaux acquis par la méthode récente

de Cajal, et qui consacrent la suprématie définitive de la doctrine classique de neurone.

XXIX. — *Conférences sur l'alcoolisme*; par le D^r Hector A. Taborda (numéro de novembre-décembre). — Ces conférences de vulgarisation sont une revue rapide du problème de l'alcoolisme sous ses deux aspects clinique et social. En terminant, le conférencier s'élève contre les asiles de buveurs; même en admettant l'efficacité de l'abstinence d'alcool pratiquée dans ces asiles (50 p. 100 de guérisons durables dans l'asile suisse d'Ellikon), la construction de ces établissements en nombre suffisant serait très onéreuse, et par suite irréalisable: l'hospice de La Merci, à Buenos-Ayres, compte en effet 43 alcooliques pour 100 aliénés. M. Taborda préfère les moyens suivants: limitation du nombre des débits, interdiction de la vente de l'absinthe, fermeture dominicale des cabarets, avec pénalités élevées pour toute infraction, et surtout amélioration des conditions d'existence de l'ouvrier.

XXX. — *L'aliénation mentale à Costa-Rica*; par le D^r Teodoro H. Prestinary (numéro de novembre-décembre). — L'asile Chapui, dirigé par l'auteur de ce travail, est exclusivement destiné au traitement des psychoses curables. C'est ce qui explique le chiffre peu élevé de sa population (population moyenne en 1906: 163), et aussi l'activité de cet établissement, que traduisent les chiffres suivants pour 1906: sur 287 malades traités, dont 131 admis dans l'année, le chiffre total des sorties et décès est de 131; 70 malades sont sortis guéris, et 15 améliorés. Le chiffre des décès s'élève à 35, soit 12 p. 100. Cette léthalité, d'ailleurs exceptionnelle, tient à deux causes: l'augmentation notable de la population de l'asile en 1906, et l'encombrement, qui ne permet à de nombreux malades (surtout des alcooliques) d'entrer à l'asile que lorsqu'ils sont incurables et cachectiques.

Les admissions d'hommes sont plus nombreuses que celles de femmes. M. Prestinary s'en félicite, parce que les hommes se soumettent plus facilement à la discipline, et qu'ils travaillent dans les jardins de l'asile; leur traitement en est plus aisé et leur guérison plus rapide.

Parmi les causes principales de la folie à Costa-Rica, l'hérédité se retrouve dans 85 p. 100 des cas. Les 15 autres cas reconnaissent une prédisposition acquise par l'alcoolisme et le paludisme. De nombreux cas de folie sont déterminés par l'ankylostomiase, dont l'importance étiologique croît d'une façon

alarmante. D'ailleurs, la folie subit un accroissement progressif et régulier dans le territoire de Costa-Rica. Ce pays, qui compte 340.000 habitants, occupe pourtant une place honorable dans le monde : il envoie seulement à l'asile 0,78 aliénés par 1.000 habitants en moyenne ce qui représente au maximum le 1,56 p. 1000 de sa population (au lieu de 5 à 6 p. 1000 dans les autres pays).

Enfin, le travail est très en honneur, sous toutes ses formes, à l'asile de Chapui, puisque 75 p. 100 des malades bénéficient de ses avantages et de la liberté relative qu'il procure. L'open door paraît y être réalisé d'une façon très large. Mais ce régime de la liberté surveillée, est onéreux pour l'asile, qui compte un infirmier par 7 agités, et un infirmier pour 10 malades dans les autres sections. Une stabilité plus grande du personnel masculin, et la création d'une école d'infirmières : tels sont les desiderata exprimés à la fin de l'article.

D^r ARSIMOLES.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de psychiatrie; par le D^r E. Régis, professeur adjoint chargé de cours de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux, 4^e édition. 1 vol. in-12 de la *Collection Testut*. Paris, Octave Doin et fils, 1909.

Nous avons déjà fait, dans les *Annales*, l'analyse des trois premières éditions des *Précis de psychiatrie* du D^r Régis, et nous avons prévu et annoncé tout le succès que le public médical lui a accordé aussi bien en France qu'à l'étranger.

Dans la troisième édition l'auteur avait réussi, pour répondre au mouvement des idées et des opinions nouvelles en psychiatrie, à écrire un livre entièrement nouveau, faisant aux psychoses symptomatiques une part, qui ne leur avait jamais été attribuée dans un ouvrage de ce genre. Puis, en donnant une grande importance aux psychoses d'auto-intoxication et d'infection, le savant aliéniste de Bordeaux avait nettement rapproché son précis de psychiatrie des livres courants de la pathologie médicale ordinaire en utilisant les grandes doctrines de pathologie générale du professeur Bouchard.

Dans cette quatrième édition, que nous venons de recevoir, le D^r E. Régis ne s'est pas borné à présider à une simple réimpression, il a révisé, modifié, mis au point et ajouté un grand nombre de questions, parmi lesquelles nous devons signaler : les recherches expérimentales en psychiatrie, l'apraxie, le syndrome de Ganser, la théorie de la folie maniaque dépressive, la confusion mentale chronique, la démence précoce constitutionnelle, le délire d'interprétation, la démence sénile, l'opiumisme, le mongolisme, les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne, les troubles psychiques du cancer, la paralysie générale traumatique, les psychoses hystériques, la législation et l'assistance des aliénés criminels, l'expertise psychiatrique et les psychoses dans l'armée, les psychoses exotiques et l'assistance des aliénés civils et militaires aux colonies, etc.

Pour répondre aussi à une opinion manifestée par William Mac Donald et exprimée en 1906, dans l'*American Journal of insanity*, le Dr E. Régis a inséré dans son précis un peu plus des idées allemandes (de Kraepelin en particulier) et cela, même quand il ne les partageait pas ; en agissant ainsi, il a fait preuve d'éclectisme, comme il convient à un professeur, et il a obéi, tout naturellement, à la poussée scientifique qui nous oriente de plus en plus vers une psychiatrie internationale. La science, en effet, ne connaît plus les frontières qui séparent les peuples, elle tend même à les fusionner en canalisant les isthmes, en perçant les montagnes et, pour cette noble besogne, elle utilise les voies de communication terrestres, aquatiques et aériennes.

Après avoir énuméré les principales modifications apportées par le Dr E. Régis à la 4^e édition de son *Précis de psychiatrie*, il nous est facile de dire (ce qui n'étonnera personne) qu'il a conservé à son volume les qualités de concision, de clarté et de précision que possédaient les premières éditions et qu'il a fait de la 4^e édition, une œuvre bien vivante, lucide, imagée et illustrée autant qu'attrayante.

Les étudiants en médecine, les médecins et les magistrats pourront donc lire et consulter, avec avantage, à leur pleine et entière satisfaction, la nouvelle édition du précis de psychiatrie du professeur Régis.

Dr DOUTREBENTE.

Die Erkennung des Schwachsinn im Kindesalter (Comment reconnaître l'arriération mentale chez l'enfant) ; par le professeur Th. Ziehen. Broch. in-8°. Berlin, S. Karger, 1909.

Conférence de vulgarisation. Les repères qui s'y trouvent cités peuvent être utiles.

Mesures normales de la circonférence crânienne :

Fin du premier mois.	environ 36 centimètres.
Fin de la première année.	45
Fin de la deuxième année.	48
Fin de la cinquième année.	50

(Circonférence passant juste au-dessus des sourcils et sur l'inion) ; Chez les microcéphales, ces chiffres descendent de 4 à 5 cen-

timètres et plus. Chez la célèbre microcéphale Hélène Becker, la circonférence crânienne était, à huit ans, de 28 centimètres et demi.

Liquide céphalo-rachidien, normalement 40 à 60 grammes au plus.

Chez l'hydrocéphale 200, 500 et 1.000 grammes; 20 litres dans un cas célèbre.

Crâne en ballon, crâne cubique.

Fermeture normale de la fontanelle antérieure (grande fontanelle) au quinzième ou dix-huitième mois; toujours complète à trois ans. Persistance de l'ouverture chez l'arriéré.

Crâne oblique, crâne en tour, crâne en selle, crâne en casque à chenille.

Enfant normal, premières dents à sept mois. Chez le rachitique, quelquefois jusqu'à deux ans. Altération des incisives surtout.

Développement psychique. — Fin du quatrième mois, l'enfant apprend à tenir la tête droite; fin du sixième mois, à tenir le torse droit; neuvième ou dixième mois, à se tenir debout; dix-huitième mois environ, à marcher; cinquième mois, à saisir un objet posé dans la main; sixième mois, à tendre la main maladroitement vers un objet; septième mois, à tendre vers un objet par le plus court chemin; fin de la première année, répéter sans comprendre; seizième mois environ, parler avec compréhension; dix-huitième mois, répertoire de vingt à soixante mots; quatrième année, cessation de balbutiement enfantin.

Beaucoup d'arriérés, à un an, ne savent pas encore tenir la tête droite.

Grincement de dents nocturne: Pavor nocturnus.

Voies sensibles généralement moins atteintes que les voies motrices, parce que moins complexes et d'ailleurs passives.

Cas rares de mutité avec audition normale.

Trois facultés principales: mémoire, formation de concepts, capacité de jugement ou de combinaison.

Enfant normal: dès avant la vingt-cinquième semaine distingue certains visages.

Epreuve d'une série de nombres d'un chiffre à retenir et à répéter; un enfant de neuf ans peut réussir avec une série de sept, huit et jusqu'à neuf chiffres. D'après Binet et Simon (*Année psychologique*, 1908), souvent les enfants de trois ans peuvent répéter deux nombres; pour trois nombres, il faut

quatre ans; les trois quarts des enfants de sept ans répètent cinq chiffres.

Epreuve de la représentation des couleurs : échantillons de laine ou jetons à présenter sur appel du nom. Fin de la troisième année les principales couleurs, y compris le blanc et le noir sont dénommées correctement; jaune et rouge sont reconnus plus tôt; vert, bleu, gris et brun peuvent être confondus à quatre et exceptionnellement à cinq ans. Quelques imbéciles n'arrivent jamais à la représentation des couleurs.

La récitation de la table des chiffres n'a aucune valeur comme épreuve. *Epruver la représentation des nombres* en invitant l'enfant à tirer d'un tas de jetons ou de pions des nombres 3, 4, 7, etc., ou encore demander : combien de fiches t'ai-je donné? faire répondre aussi en ne permettant de compter les fiches qu'avec les yeux. Les premières représentations des nombres sont acquises vers quatre ans, exceptionnellement vers six ans. Le débile y arrive à peine à huit ans, certains imbéciles jamais.

Questions de genre et d'espèce : quel oiseau, quels meubles connais-tu? ou inversement : oie, canard, cigogne, aigle, autruche, comment les appelles-tu tous ensemble? (un soldat comptait le papillon comme oiseau).

Les demandes de définition (qu'est-ce qu'un oiseau, qu'est-ce qu'une fleur, etc.) atteignent mal leur but; elles sont le moins mauvaises sous cette forme : « décris-moi un oiseau » ou « un oiseau comment est-ce fait? »

Beaucoup meilleures sont les *demandes de différences* : (quelle différence entre un bœuf et un cheval, mensonge et erreur, etc.) Assortir les questions au milieu; se repérer sur des enfants normaux du même milieu. Ne pas demander de réponses logiquement formulées, se contenter d'une réponse qui prouve la conception de la différence, l'abstraction du caractère distinctif. Ainsi, à la question « escalier et échelle » un enfant répond : « dans une échelle il y a de l'air au travers », la réponse est bonne.

Les questions de différence sur thèmes abstraits sont répondues à partir de dix ans; faciliter par des questions complémentaires; pour la question « mensonge et erreur », si l'enfant hésite, demander « lequel des deux est le pire »; à sept ou huit ans la réponse est presque toujours bonne. Demander alors « pourquoi? » et donner des exemples concrets : « Cela, est-ce erreur ou est-ce mensonge? »

Rechercher la *tonalité affective* qui accompagne chaque notion abstraite. Ainsi celle de « reconnaissance », épreuve très sérieusement révélatrice des aptitudes morales donc sociales de l'enfant.

Faculté de combinaison et de jugement. Épreuves commodes avec le *jeu de construction*; réussite à trois et quatre ans (retards, jusqu'à huit et dix ans). Épreuve de la *compréhension des historiettes*. Contes assortis: voir si la morale ou le piquant sont saisis (au-dessous de sept ans, un certain conte bleu toujours le même).

Question d'équation pour débilité légère. « Je pense un nombre, j'ajoute 3, cela donne 12, quel est ce nombre »; réussite quand le sujet sait ses nombres jusqu'à 20.

Débile sachant lire: lui présenter un texte cohérent, où des mots ou syllabes ont été omis çà et là; lacunes marquées par des traits et choisies telles que l'enfant normal les comble facilement.

G. DE CLÉRAMBAULT.

The treatment and cure of a case of mental and moral deficiency (Traitement et guérison d'un cas de débilité morale et intellectuelle); par le Dr Lightner Witmer. Broch., in-8°. Extrait de *Psychological Clinic*, numéro du 15 novembre 1908.

Toute débilité mentale est-elle forcément incurable?

Puisqu'il n'en est pas ainsi pour les insuffisances d'autres organes, pourquoi — se demande l'auteur — les faiblesses d'esprit ne pourraient-elles être améliorées et guéries de même? Certaines faiblesses de la vue, par exemple, peuvent être améliorées ou guéries: l'usage des verres constituant soit un simple artifice pour corriger les conséquences du défaut de vision lequel reste incurable, soit aussi un moyen de traitement curatif.

Si, *a priori*, on déclare que la débilité mentale est incurable, alors en présence d'un cas de guérison, on sera amené à dire qu'il y a eu erreur de diagnostic. Mais Lightner Witmer croit à la guérison dans certains cas et il prétend précisément avec raison que le mot de débilité mentale doit exprimer seulement l'idée d'un état, d'une manière d'être sans préjuger de son incurabilité.

Si, dit-il, l'éducation et le traitement à l'asile sont capables de développer un retardataire, d'élever un imbécile de degré inférieur au rang d'imbécile moyen, pourquoi une éducation appropriée ne pourrait-elle être trouvée qui élève un débile, disons un imbécile supérieur, au rang d'un enfant à intelligence normale?

D'autre part, deux enfants peuvent présenter le même tableau de la débilité mentale quoique la faiblesse d'esprit puisse être dans un cas un état incurable et dans l'autre simplement le symptôme d'un arrêt temporaire du développement. Pourra-t-on distinguer celui qui sera complètement ou temporairement débile? Un examen même d'un mois ne permettra pas de faire ce diagnostic-pronostic. La distinction entre une débilité reposant sur un défaut incurable de l'esprit et une débilité qui est la traduction d'un arrêt de développement cérébral ne peut être établie qu'après un examen prolongé et mieux encore — après qu'un effort persistant a été fait pour stimuler l'arrêt du processus mental.

Donc, si certains cas de débilité sont diagnostiqués aisément et du premier coup d'œil même par un profane, il est d'autres cas qu'un expert ne doit ranger dans l'une ou l'autre catégorie qu'après un examen prolongé et un essai d'éducation. L'auteur est d'avis qu'une éducation individuelle et très attentive est capable de ramener à la normale un petit pourcentage d'enfants considérés comme des « minus habens » par des médecins dont le diagnostic ne vaut qu'en tant qu'il exprime l'idée d'un état présent et non qu'il insinue un pronostic. D'ailleurs, si un enfant de seize à vingt ans est incurable, cela ne signifie pas qu'il n'aurait pas pu guérir avec un traitement précoce.

Pour servir d'appui à cette judicieuse et très clinique distinction, Lightner Witmer raconte avec beaucoup de détails intéressants l'histoire et la guérison d'un enfant, dégénéré mental et physique, que de nombreux médecins spécialistes avaient déclaré dès l'âge de cinq ans débile avec des signes de tabes héréditaire et complètement incurable. Cet enfant n'avait jamais pu suivre l'école et il était incapable de faire la plus simple addition ou de lire une seule phrase sans faire plusieurs fautes. Il était sujet à de violents accès de colère sans motif, ne s'amusait pas, se tenait à l'écart des autres enfants, entêté à l'excès et très jaloux. Il n'avait parlé qu'à l'âge de trois ans et avait présenté de l'astasia-abasie à cinq ans, puis de la chorée; maladroite de ses mains, mangeant mal, baveux, etc.

L'auteur le reçut à l'âge de onze ans à l'Hôpital-Ecole annexé au laboratoire de psychologie de l'Université de Pensylvanie et le traita méthodiquement par la douceur et la persuasion. En même temps on corrigea un défaut important de la vision sur lequel Witiner insiste avec raison (hypermétropie droite et myopie gauche). Il s'améliora au point qu'au bout de onze mois il put être admis avec les enfants de son âge dans une école régulière et qu'il obtint 8 sur 10 en histoire et géographie et 7 sur 10 pour toutes les autres matières. Parallèlement ses réactions émotives et son caractère s'étaient grandement améliorés.

ED. CORNU.

L'Alcoolisme en Charente-Inférieure; par le D^r Robert Mabillic, ancien externe des hôpitaux. (Thèse de Bordeaux, 1909.)

L'alcoolisme, sous son triple aspect médical, social et moral, est et sera longtemps encore, sans doute, le plus grand problème des temps modernes. Bien que fort étendu, le mal n'est cependant pas général. Il y a, en France, certaines régions qui succombent aux ravages du fléau; d'autres qui résistent avec succès et qui ont même réussi à s'en préserver dans une très large mesure. Au centre d'une contrée, grande productrice de vin et d'eau-de-vie, le D^r Robert Mabillic a eu l'heureuse idée de choisir, pour sujet de sa thèse inaugurale, l'étude de l'alcoolisme dans la Charente-Inférieure. Et il résulte de ses consciencieuses enquêtes auprès de la Régie, des médecins du pays, des négociants en liquides ainsi que de ses recherches personnelles : 1° que, depuis huit ou dix ans, la quantité d'alcool absorbée par habitant a diminué dans une notable proportion; et que l'augmentation de la consommation du vin a suivi une marche parallèle; ce qui coïncide avec la réparation du désastre phylloxérique; 2° que dans le même temps les délits pour ivresse paraissent avoir diminué d'une façon sensible; 3° que de l'aveu unanime des médecins du département, les boissons fortes sont seules néfastes, tandis que l'usage du vin reste inoffensif, même chez la plupart de ceux qui en font un usage immodéré. Tout cela est conforme à l'observation de ce qui se passe dans les pays viticoles; ce qui est plus inattendu, c'est que le nombre des aliénés alcooliques n'a pas augmenté depuis 1885 dans ce département; c'est-à-dire que pendant la

disparition des vignes, malgré l'augmentation de la consommation de l'alcool, la sagesse des habitants les a préservés des funestes conséquences de ce changement de régime : n'ayant pas de vin, ils ont bu de l'alcool, mais sans grand excès, et c'est avec empressement qu'ils sont revenus, aussitôt que cela a été possible, à leur boisson préférée.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur fait une étude clinique des psychoses d'origine alcoolique à l'asile de Lafond. Comme on pouvait le prévoir d'après ce qui précède, les psychoses toxiques pures y sont très rares; elles sont exclusivement dues à l'ingestion, surtout à jeun, de quantités considérables de vin blanc et sont plutôt bénignes dans leur symptomatologie et leur terminaison. Il est beaucoup plus ordinaire d'observer (dans une proportion de 15 p. 100 environ) des accidents alcooliques surajoutés à diverses formes mentales. Il s'ensuit que les excès exclusifs de vin ne sont préjudiciables qu'à ceux qui ont une hérédité nerveuse lourde à porter, c'est-à-dire les prédisposés, les dégénérés psychiques.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JOSÉ FIGUEROA ALCOSTA, D. CABRED et MONTES DE OCA. Discours prononcés à l'occasion de la pose de la première pierre de l'asile-colonie régional Oliva, province de Cordoba, le 10 décembre 1908. 3 brochi. in-8° (12 + 20 + 15). Buenos-Aires. Imprimerie de l'Hospicio de las Mercedes, 1908.

D. CABRED. Discours prononcé à l'occasion de la pose de la première pierre de l'asile-colonie régional des retardés de Lujan, province de Buenos-Aires. Imprimerie de l'Hospicio de las Mercedes, 1908.

Report from the pathological Department central Indiana hospital for insane, 1903-1906. 1 vol. in-8° de 312 pages, avec planches, cartonné à l'anglaise. Indianapolis, 1908.

P. HARTENBERG. Variations et mesure du tonus musculaire à l'aide d'un myotomètre. 9 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, janvier 1909.

— L'autosuggestion chez les neurasthéniques. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, juin 1908.

ANTONIO LECHA-MARZO. El cerebro de los criminales.

59 pages in-8° avec figures. Extrait de la *Revista de medicina y cirugía practicas*. Madrid, 1908.

— Contribucion al estudio de una anomalia reversiva de la mano; su frecuencia en los degenerados y en los normales; su significado. 20 pages in-8°. Extrait de la *Revista de medicina y cirugía practicas*. Madrid, 1908.

— Sulla somiglianza delle corteccie cerebrale e cereberrale. 5 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di Psichiatria*, 1908.

HEINR. OBERSTEINER. Die Sinnestäuschungen. 41 pages in-8°. Extrait du *Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit*. Vienne, 1909.

— Trauma und Psychose. 6 pages in-8°. Extrait de la *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1908.

G. ANTONINI. Il grande nuovo manicomio di Vienna in Steinhof. 12 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*. Pesaro, 1909.

A. PARIS. Asile de Maréville. Rapport du service de l'admission pour l'année 1907. 26 pages in-8°. Nancy, imprimerie Berger-Levrault et C^{ie}, 1908.

Biennial report of the directors and superintendent of the west Virginia hospital for the insane at Werton, from October 1, 1906, to September 30, 1908, inclusive, 66 pages in-8°, avec planches, Charleston, 1908.

A. MARIE et R. MARTIAL. Travail et folie. 111 pages in-12 de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris. Bloud et C^{ie} 1909.

Thirty-first annual report of the trustees of the Danvers insane hospital at Danvers, Mass. for the year ending November 30. 1908. 57 pages in-8°. Boston, 1909.

H. BOUQUET. L'évolution psychique de l'enfant. 101 pages in-12 de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C^{ie}, 1909.

Forty-ninth annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital, Matteawan, N. Y., for the year ending September 30, 1908. 58 pages in-8°. New-York, s. d.

RAYMOND MEUNIER. Le hachich. Essai sur la psychologie les paradis éphémères. 1 vol. in-12 de 217 pages, de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C^{ie}, 1909.

SÉGLAS ET GOTARD. Débilité mentale. Idées de grandeur absurdes persistant sans variation depuis sept ans. Signe d'Argyl. Pas de lymphocytose. 4 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*. Paris, s. d.

DECANTE. La lutte contre la prostitution. Préface par H. Turot. 1 vol. in-18 de 334 pages, de l'*Encyclopédie inter-*

- nationale d'Assistance, de Prévoyance, d'Hygiène sociale et de Démographie.* Paris, V. Giard et E. Brière, 1909.
- LUCIEN COTARD. Contribution à l'étude sémiologique du psittacisme et de ses divers aspects en clinique psychiatrique. 124 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1905.
- Stéréotypies chez un dément précoce. 2 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Paris*, séance du 19 novembre 1908.
- PIERRE JANET. Les névroses. 1 vol. in-18 de 397 pages, de la *Bibliothèque de philosophie scientifique*. Paris, Ernest Flammarion, 1909.
- CH. LIADAME. Les lésions anatomiques des maladies mentales. Thèse d'habilitation pour l'obtention du titre de Privat-docent de Psychiatrie de l'Université de Genève. 27 pages in-8°, avec planches. Extrait de l'*Encéphale*, février 1909.
- State of New-York. Eighteenth annual report of the Rochester State hospital to the State commission in Lunacy, for the year ending September 20, 1909. 70 pages in-8°. Albany, 1909.
- L. MARCHAND et G. PETIT. De l'épilepsie chez les déments séniles. 12 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, février 1909.
- E. SIEMERLING. Geisteskrankheit und Verbrechen. 28 pages in-8°. Berlin, Aug. Hirschwald, 1909.
- Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Dijon, 3-9 août. Comptes rendus publiés par le Dr S. Garnier, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 390 pages. Paris, G. Masson et C^{ie}, 1908.
- ERNST RÜDIN. Ueber die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zulebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. 152 pages in-8°. Munich, Wolf und Sohn, 1909.
- LIGHTNER WITMER. The treatment and cure of a case of mental and moral Deficiency. 27 pages in-8°. Extrait de *The psychological Clinic*, 15 novembre 1906.
- Thirtieth annual report of the managers of the Binghamton State hospital at Binghamton, N. Y., to the State commission in Lunacy, for the year ending September 30, 1908. 105 pages in-8°, avec planches. Albany, 1908.
- Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the corporation at its sixty-fifth annual meeting, January 27, 1909. 54 pages in-8°, avec planches. Providence, R. I., 1909.
- FÉLIX PLAUT. Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. 188 pages in-8°. Jena, Gustav Fischer, 1909.

ROGER MIGNOT. Notes sur le développement physique des paralytiques généraux. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, 10 mars 1909.

A. MARIE. La psychologie collective. Psychologie normale et morbide comparées. 1 vol. in-12 de 168 pages, de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, Masson et C^{ie}, s. d.

G. ANTONINI. Contributo allo studio sul porobrama dell'assistenza dei criminali alienati. 15 pages in-8°. Extrait des *Atti della Società di medicina legale*, 1909.

MAX LÖWY. Ueber Hypochondrie und ihre Wurzeln. Neues zur Differentialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen. 11 pages in-8°. Extrait de *Prager mediz. Wochenschrift*, 1908.

FREDERIC LYMAN WELLS. A neglected measure of fatigue. 14 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, juillet 1908.

— Normal performance in the topping test. Before and During practice, with special reference to fatigue Phenomena. 47 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, octobre 1908.

— Wieg-Wickenthal's zur Klinik der Dementia praecox. 5 pages in-8°. Extrait de *The Journal of philosophy, psychology and scientific methods*, décembre 1908.

— Studies in retardation. 29 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, janvier 1909.

Ninety-fifth annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, including the general hospital and Boston, the McLean hospital and the convalescent home in Waverley 1908. 275 pages in-8°, avec planches. Boston, 1909.

Protestant hospital for the insane, Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1908. 67 pages in-8°, avec planches, 1909.

Twenty-seventh annual report of the State hospital for the insane at Warren, Pennsylvania, for the year ending November 38th, 1908. 122 pages in-8°, avec planches. The Vewell Press, Warren, Pa., s. d.

Fifty-fifth annual report of the trustees of the Taunton insane hospital, for the year ending November 30, 1908. 55 pages in-8°. Boston, 1909.

P. L. LADAME et VON MONAKOW. Anarthrie corticale. A propos de la discussion sur l'aphasie à la Société de neurologie de Paris. 2 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 15 novembre 1908.

— Anarthrie corticale. Réplique à M. François Moutier.

2 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 30 décembre 1908.

P.-L. LADAME. Aphasie motrice, aphémie, alalie, anarthrie. 8 pages in-8°. Extrait des Comptes rendus du X^e Congrès français de médecine. Genève, 3-5 septembre 1908. Genève, Kündig, 1909.

— Peine de mort et criminalité. 21 pages in-8°. Extrait de la *Revue pénale suisse*, 1909.

LAGRIFFE. Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique. 77 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, septembre 1908 à avril 1909.

L. MARCHAND. Manuel de neurologie à l'usage des praticiens et des étudiants. 1 vol. in-12 de 537 pages, cart. à l'anglaise, avec 34 figures dans le texte. Paris, Octave Doin et fils, 1909.

Tenth biennial report of the trustees and superintendent of the Western hospital for the insane near Bolivar, Tennessee, from December 19, 1906, to December 19, 1908. 67 pages in-8°. Nashville, Tenn, 1909.

W. H. Cox. Over ziektebewustzijn. 36 pages in-8°. Extrait des *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1908.

— Voortdurende en herhalingsverschijnselen, permanente en repetitie. 54 pages in-8°. Extrait des *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1909.

ROBERT MABILLE. L'alcoolisme en Charente-Inférieure. 105 pages. Thèse, Bordeaux, 1909.

GILBERT BALLE. Leçon d'inauguration de la chaire de clinique des maladies mentales et cérébrales. 26 pages in-8°. Extrait du *Bulletin médical*, numéro du 13 mars 1909.

HENRI CESBRON. Histoire critique de l'hystérie. 1 vol. in-8° de 340 pages. Paris, Asselin et Houzeau, 1909.

GAETANO BOSCHI. Alcune notizie sulle applicazioni terapeutiche della sabromina (bromobenato di calcio). 15 pages in-8°. Extrait de la *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1909.

— Sulla ecoprassia. Osservazioni cliniche e psicologiche. 27 pages in-8°, avec planche. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata*.

— Ricerche sulla levulosuria sperimentale e accenni sulle costituzioni individuali con riguardo speciale allo studio de dementi precoci. 55 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnico manicomiale*, 1908.

Ninth annual report of the medical superintendent of the Dannemora State hospital, for the year ending September 30, 1908. 19 pages in-8°, 1909.

Thirty-eight annual report of the Buffalo State hospital.

to the State commission in Lunacy, for the year ending September 30, 1908. 115 pages in-8°. Albany, 1909.

The Society of the New-York hospital. Annual report for the year 1908. 115 pages in-8°. S. l. n. d.

Compte rendu des travaux du premier Congrès international de psychiatrie, de neurologie, de psychologie et de l'assistance des aliénés, tenu à Amsterdam du 2 au 7 septembre. Rédigé par le Dr Van Wagenburg, secrétaire général de Congrès. 1 vol. in-8° de 934 pages. Paris, Bloud et Co.

A. JOFFROY ET R. DUPOUY. Fugues et vagabondages. Etude clinique et psychologique. Préface du Dr G. Deny. 1 vol. in-8° de 368 pages. Paris, Félix Alcan, 1909.

A. LÉPINE. Le diabète sucré. 1 vol. in-8° de 704 pages. Paris, Félix Alcan, 1909.

EUGENIO BRAVETTA. La ruminazione nei malati di mente. Osservazioni e ricerche sperimentali. 44 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1909.

ANTON BROSC. Die Selbstmörder. Mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. 192 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1909.

Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht über die Zeit vom 1 Juli 1909 bis 30 June 1907. 1 vol. de 497 pages, avec planches. Wien, 1908.

Sixteenth annual report of the State charities aid Association to the commission in Lunacy. 68 pages in-8°. New-York, 1907.

Thirty fifth annual report of the medical director of the Cincinnati sanitarium, for the year ending November 30th. 1908. 18 pages in-8°, avec planches. Cincinnati, 1909.

P. DE ANGELIS. Le ossidasi urinari nella demenza paralitica. Nota preventiva. 7 pages in-8°. Extrait de *Bollettino della casa di salute Fleurent*, 1909.

CONRAD RIEGER. Ueber Apparate in dem Hirn. Cinquième fascicule des *Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg*. 197 pages in-8°, avec 2 fig. dans le texte, Jena, Gustav Fischer, 1909.

EUGEN WILHELM. Die rechtliche Stellung der (Körperlichen) Zwitter *de lege lata* und *de lege ferenda*. 70 pages in 8°, 1^{er} fascicule du tome VII des *Juristisch-psychiatrische Grenzfragen*. Halle a. S. Carl Marhold, 1909.

G. MARTINI. Sulle dimissioni precoci degli alienati. 16 pages in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1909.

TH. ZIEHN. Die Erkennung des Schwachsinnns im Kindesalter, 32 pages in-8°. Berlin, S. Karger, 1909.

Fifty-first annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland. 80 + 158 pages in-8°, avec tableaux. Glasgow, 1909.

ALFRED BINET. L'année psychologique. Quinzième année. 1 vol. in-8° de 496 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1909.

F. LÉVY et A. BAUDOUIN. Les névralgies et leur traitement, 96 pages in-18 des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1909.

E. DE MASSARY. Le tabes et les maladies systématiques de la moelle. 1 vol. in-18 de 350 pages de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris, Octave Doin et fils, 1909.

A. MARIE et R. DECANTE. Les accidents du travail. Etude-critique des améliorations à apporter au régime du risque professionnel en France. 1 vol. in-18 de 291 pages. Paris, V. Giard et E. Brière, 1909.

FERNAND DUBIEF. Le régime des aliénés, avec une préface du Dr Bajenoff. 1 vol. in-18 de 350 pages. Paris, Jules Rousset, 1909.

E. PATINI. Una nuova teoria sulla paramnesia e sugli errori di riconoscimento nei normali e negli ammalati di mente. 72 pages in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*, 1908.

P.-L. LADAMÉ. Société genevoise de patronage des aliénés. Quatrième assemblée générale du mardi 4 avril 1909. Discours d'ouverture du président. 23 pages in-8°, Genève, imprimerie Albert Kundig, 1909.

WILLIAM JAMES. Précis de psychologie, traduit par E. Baudin et G. Bérthier, 1 vol. in-8° de 632-xxxvi pages, avec 64 gravures. Tome VIII de la *Bibliothèque de philosophie expérimentale*. Paris, Marcel Rivière, 1909.

VICTOR PARANT. Les fugues en psychiatrie. Rapport présenté au XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France. 147 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1909.

PAUL SAINTON. Les chorées chroniques. Rapport présenté au XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France. 87 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1909.

GRANJUX. L'aliénation mentale dans l'armée. Rapport présenté au XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France. 58 pages in-8°, Paris, G. Masson, 1909.

RAYNEAU. Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. Rapport présenté au XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France. Paris, G. Masson, 1905.

ARMAND LAURENT. Quelques mots sur l'arriération mentale. 28 pages in-8°. Extrait de la *Normandie médicale*, numéro du 15 juin 1909.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 15 juillet 1909 : Sur la proposition du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur, M. le D^r RAYMOND (Fulgence), professeur de la clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Officier du 31 décembre 1907.

— *Décret du 21 juillet 1909* : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le D^r MARIE (Armand-Victor-Auguste), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). Chevalier du 15 juillet 1903.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le D^r DAMALIN (Frédéric-François-Adrien), chirurgien de la Maison nationale de Charenton (Seine). Ancien interne des hôpitaux de Paris (1880). Ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine. Chirurgien de la Maison nationale de Charenton depuis 1888. 29 ans de service.

— *Arrêtés de juin 1909* : M. le D^r ARSIMOLES (Antoine), médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

MM. les D^{rs} HAMEL (Maurice), médecin-directeur de l'asile des Quatre-Mares (Seine-Inférieure), et BOURDIN (Victor), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (7.000 fr.);

M. le D^r MERCIER (Marie-Edouard), est nommé médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne);

M. BIERRY (Louis), directeur de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.).

TRIBUNAUX

Certificats pour placements dans les établissements d'aliénés. Condamnation d'un médecin. — Sous ce titre, les *Annales* de janvier 1909 ont publié (p. 162) le résumé d'un procès fait à un médecin pour avoir délivré, dans des circonstances illégales,

des certificats médicaux à fin de placement d'un aliéné. Il n'est pas sans intérêt de faire connaître les considérants de ce jugement; nous les empruntons à la *Gazette des Tribunaux* (numéro du 30 janvier 1909), dont nous reproduisons intégralement l'article, intéressant à plus d'un titre.

TRIBUNAL CIVIL DE BLOIS (audience du 9 décembre 1908). — MÉDECIN. — ALIÉNATION MENTALE. — CERTIFICATS. — INTERNEMENT. — ACTION EN DOMMAGES-INTÉRÊTS. — FAUTE. — CONDAMNATION.

Sont délivrés dans des conditions qu'on peut dire illégales les certificats de médecin rédigés en vue d'un internement dans un asile d'aliénés, lorsqu'ils ne répondent pas à l'esprit de la loi, qui a entendu que les visites et le certificat qui doit en reproduire fidèlement les constatations fussent sensiblement à la même date.

Commets une faute de nature à engager sa responsabilité le médecin qui, mandé pour visiter une personne au point de vue de son état mental, a l'imprudence d'admettre sans contrôle les dires du mari et la négligence de ne pas s'entourer de renseignements.

Et, si les certificats délivrés par lui dans ces conditions et concluant à tort à l'aliénation mentale ont eu pour conséquence l'internement non motivé de la femme, il doit réparation du préjudice.

S'agissant d'actes qui ne sont soumis ni aux doutes ni aux discussions de la science, il y a lieu à la responsabilité du droit commun.

Les faits de la cause sont exposés dans le jugement suivant, rendu sur les plaidoiries de M^e *Huet-Renou*, du barreau d'Orléans, pour M^{me} X..., demanderesse, et de M^e *Belton*, pour le D^r N..., et conformément aux conclusions de M. Raymon, procureur de la République.

« Le tribunal,

« Attendu que la dame X... demande contre le D^r N... condamnation en 20.000 francs de dommages-intérêts à raison de certificats médicaux en vertu desquels la demanderesse aurait été, à deux reprises différentes, internée dans des asiles d'aliénés et que le défendeur aurait délivrés dans des conditions qui engageraient sa responsabilité; qu'à titre de suppléments de dommages-intérêts, la dame X... demande, en outre, à être autorisée à faire insérer le présent jugement dans deux journaux se publiant à Blois, aux frais du défendeur;

« Attendu, en fait, que, le 13 octobre 1904, le D^r N... dé-

livrait à X..., mari de la demanderesse, un certificat constatant que celle-ci était atteinte d'aliénation mentale et que son internement était urgent; qu'à l'aide de cette pièce, X... a fait immédiatement interner sa femme à l'asile national de Charenton, d'où elle n'est sortie que le 22 octobre suivant; que le lendemain 23 octobre, le D^r N... délivrait un nouveau certificat concluant à l'urgente nécessité d'un nouvel internement et qu'en vertu de ce second certificat, la dame X..., enlevée brusquement de son domicile, fut à nouveau internée à l'asile d'aliénés de Blois pendant vingt-quatre heures;

« Qu'il convient de rechercher si, conformément aux prétentions de la demanderesse, les circonstances dans lesquelles le défenseur a délivré les certificats dont s'agit le constituant en faute et engagent sa responsabilité;

« Attendu que le 24 août 1904, X..., qui, jusqu'alors, n'avait entretenu aucune relation avec le D^r N..., pour lequel il était un inconnu, le pria, sous prétexte de soins à donner à son enfant, d'examiner sa femme au point de vue mental; que, déferant à cette invitation, le défendeur, uniquement renseigné par X..., qu'obsédait alors l'idée fixe de faire interner sa femme, fit, à cette date, à la dame X... une seule visite, de laquelle il emporta, dit-il, une très vive impression confirmative de l'opinion du professeur L..., opinion qu'il ne devait d'ailleurs connaître réellement que le 11 novembre suivant;

« Attendu que, le 13 octobre, environ sept semaines après, convié à faire une nouvelle visite de la dame X..., le défendeur déclare qu'elle ne put avoir lieu, X... lui ayant fait connaître que sa femme ne voulait pas le recevoir, mais qu'après avoir pris quelques renseignements auprès d'une voisine, il rédigea un certificat ainsi conçu :

« 13 octobre 1904. Je soussigné N..., docteur en médecine, « certifie que M^{me} X... est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par des idées de persécution et des hallucinations de la vue, des impulsions au suicide, des accès d'agitation de plus en plus fréquents et de plus en plus menaçants pour son enfant, qu'elle parle de faire mourir avec elle, elle a même des idées de grandeur et des alternatives de dépression. Il est urgent, pour sa sécurité et celle de son entourage, qu'elle soit enfermée dans une maison spéciale.

« (Signé) D^r N... »

« Attendu que, sur le vu de ce certificat, la dame X... fut internée à l'asile national de Charenton et en sortit le 22 octobre suivant; que, malgré l'avis émis alors par le directeur de cet établissement et portant que M^{me} X... bien que non guérie, pouvait être mise en liberté, le défendeur, sur une nouvelle

instance de X..., sans prendre de renseignements en dehors de celui-ci, sans même recourir à une nouvelle visite de celle qu'il prétendait malade et qui, cependant, venait d'être mise en liberté, circonstances qui eût dû attirer son attention, délivra un second certificat ainsi conçu :

« Je soussigné, D^r N... certifie que M^{me} X... est atteinte « d'aliénation mentale, caractérisée surtout par des idées de « persécution, des hallucinations, une perversion des senti- « ments, une agitation croissante, des impulsions au suicide, « etc. En conséquence, il y a urgence à ce qu'elle soit internée « dans un asile spécial. Le 23 octobre 1904.

« Signé : D^r N... » ;

« Attendu que ce certificat, délivré d'après les propres déclarations du D^r N... pour servir à un internement en quelque sorte éventuel, eut entre les mains de X... pour résultats immédiats l'enlèvement de force de la demanderesse à son domicile, ce qui excita la surprise et les regrets du défendeur lui-même ; et son internement à l'asile des aliénés de Blois, d'où elle fut, à la vérité, renvoyée dès le lendemain par le directeur de cet établissement, qui, jugeant suffisante une surveillance à domicile, la reconduisit lui-même chez elle ;

« Attendu qu'il résulte des faits ci-dessus reconnus par le défendeur, et dont il a lui-même déposé au cours d'une enquête à laquelle il a été procédé dans l'instance en séparation de corps suivie par la dame X... contre son mari, que la délivrance des certificats dont s'agit a été faite dans des conditions qui constituent le D^r N... en faute et qui engagent sa responsabilité ;

« Attendu tout d'abord que, s'il a été fait usage des certificats délivrés avant qu'ils n'eussent plus de quinze jours de date, il est constant que l'examen auquel ils correspondaient remontait pour l'un à sept semaines, pour l'autre à deux mois ;

« Qu'ainsi, on peut dire qu'ils ont été délivrés dans des conditions illégales, en ce sens au moins qu'ils ne correspondaient plus à l'esprit de la loi, puisque le législateur, par l'obligation édictée, a évidemment entendu que la visite et le certificat qui doit en reproduire fidèlement les constatations fussent sensiblement à la même date ;

« Attendu que les certificats dont s'agit étaient, en outre, de nature à impressionner les chefs ou directeurs d'établissements auxquels ils étaient destinés ; qu'en effet, en constatant notamment des accès d'agitation de plus en plus fréquents et de plus en plus menaçants, ils semblaient, malgré l'unique visite qui les avait depuis trop longtemps précédés, être le résultat d'examen répétés ;

« Attendu que la faute commise par le défendeur résulte

encore et surtout de son imprudence à admettre sans contrôle les dires de X... et de sa négligence à s'entourer de renseignements ;

« Attendu, en effet, qu'avant le 24 août 1904, les époux X... étaient complètement inconnus du D^r N... ; qu'appelé pour la première fois à pénétrer dans son intérieur, qu'il ne connaissait pas, pour procéder à un examen qu'il devait savoir particulièrement délicat, le défendeur a commis l'imprudence de s'en rapporter uniquement aux déclarations d'un homme dont, peu de temps après, mais trop tard, la situation morale lui était signalée comme défectueuse ; qu'une saine et complète appréciation de son devoir professionnel lui imposait l'obligation de ne rien négliger pour arriver à connaître à fond l'objet complexe soumis à son examen ; que, se souvenant que la santé morale peut être altérée par des causes passagères ou profondes d'une diversité extrême et pour la constatation desquelles des examens sérieux, répétés et approfondis sont nécessaires, il ne devait négliger aucune des investigations qui s'imposaient et qui étaient de nature à lui fournir de précieux éléments d'appréciation et de décision ;

« Attendu que le D^r N..., pour résister à l'action dirigée contre lui, prétend qu'il n'a commis aucune faute et excipe notamment d'une lettre du professeur L..., de la confirmation de son diagnostic par les directeurs des établissements dans lesquels M^{me} X... a été internée, et enfin de l'opinion des experts qui ont eu à examiner la demanderesse au cours de l'instance en séparation de corps dont il a été parlé ci-dessus ;

« Attendu que le défendeur est mal fondé à se prévaloir de la lettre du professeur L..., en date du 11 novembre 1904 ; que cette lettre ne peut l'exonérer de la faute commise, que, bien mieux, elle l'a fait apparaître, puisque, si le D^r N..., qui savait par X... que le professeur L... avait soigné sa femme se fût adressé, comme il devait le faire, à celui-ci avant la délivrance des certificats, il eût su que jusqu'alors l'isolement avait été conseillé et non pas l'internement, et il eût su, notamment, qu'il pouvait se trouver en présence d'un cas de folie à deux, ce qui eût été de nature à rendre singulièrement suspecte la véracité des renseignements fournis par X... ;

« Attendu que le fait, par X..., d'avoir réussi, à l'aide des certificats incriminés, à faire recevoir sa femme à l'asile de Charenton et à l'asile de Blois, ne saurait être utilement invoqué par le D^r N... à sa décharge ; qu'en effet, on doit admettre, et la demanderesse l'a reconnu elle-même, qu'à cette époque, elle était fatiguée ; que cet état de santé, qui ne pouvait échapper à l'œil exercé d'un aliéniste, auquel, par surcroît, est remis un certificat notant les prétendues manifestations de la

maladie, peut expliquer l'internement, mais le justifie si peu que le directeur de l'asile de Saint-Maurice, qui réserve son opinion dans son certificat de vingt-quatre heures en employant l'expression « paraît atteinte », et n'a pu se prononcer définitivement, puisqu'il n'a pas eu à délivrer le certificat de quinzaine, ne voit aucun inconvénient, au bout de huit jours, à laisser la dame X... en liberté, et que le directeur de l'asile de Blois, qui l'a examinée longuement, l'a reconduite chez elle le lendemain, jugeant suffisante une surveillance à domicile ; que ces deux décisions ont été prises, bien que les certificats délivrés les 13 et 23 octobre constataient que l'internement était urgent ;

« Attendu que le défendeur se prévaut enfin des conclusions d'un rapport d'expert ci-dessus relaté ;

« Attendu que, sous le numéro 2 de ces conclusions, les experts disent : « Les internements dont elle a été l'objet se justifient et s'expliquent amplement par son état de santé au moment où ils ont eu lieu » ;

« Attendu que les experts qui, pour conclure sur la santé morale de la dame X... deux ans environ avant les constatations qu'ils étaient appelés à faire devaient évidemment examiner celle-ci, devaient aussi recueillir les renseignements de nature à les édifier sur un état de choses remontant à une époque relativement lointaine ;

« Attendu qu'ils conviennent eux-mêmes que l'examen direct auquel ils ont procédé ne leur a donné aucun résultat et s'expriment ainsi sur ce point : « Nous pouvons dire qu'au bout d'une heure et demie de conversation avec elle, nous n'étions guère plus instruits qu'au début, tant sur son passé que sur sa situation domestique présente » ; qu'il s'ensuit que l'examen direct n'a donné aucun élément d'appréciation permettant de dire que, deux années auparavant, l'internement de la demanderesse était justifié ;

« Attendu que les experts, qui n'ont plus revu la dame X... se sont bornés à recueillir les déclarations de son mari, c'est-à-dire à suivre les mêmes errements que le défendeur lui-même, alors que, cependant, ils étaient en possession de la lettre du D^r L..., qui s'expliquait sur la possibilité d'un cas de folie à deux et signalait que le mari lui-même n'avait pas « coiffé le Casque de Minerve » ;

« Qu'à la vérité, les experts n'ont pas cru devoir citer dans leur rapport le passage de la lettre du professeur L... du 11 novembre 1904, relatif à la situation mentale du mari ; mais qu'il est invraisemblable qu'ils l'aient ignoré et que, dans ces conditions, on s'explique difficilement que, non seulement ils aient fait état des déclarations de X... sans les vérifier, mais qu'ils aient même songé à les provoquer ;

« Attendu, il est vrai, que les experts paraissent avoir été surtout impressionnés par les constatations du défendeur ; mais que, s'il leur appartenait évidemment de rechercher auprès de celui-ci les impressions qui étaient résultées pour lui de l'unique examen auquel il s'était livré, ils devaient accepter ses explications avec une certaine réserve, puisqu'ils avaient précisément pour mission de résoudre le problème déjà résolu par lui ; que, dans ces conditions, il est permis de regretter que, pour s'éclairer complètement, ils n'aient pas cru devoir apprécier les résultats de l'enquête, au cours de laquelle sept médecins entendus, ainsi qu'un grand nombre de personnes vivant ou ayant vécu dans l'entourage immédiat de la demanderesse, avaient déclaré n'avoir jamais constaté chez elle le moindre signe d'aliénation mentale ;

« Attendu que, dans ces conditions, le Tribunal ne peut attribuer aux conclusions dont excipe le D^r N..., malgré la haute valeur scientifique de leur auteur, toute l'importance qu'elles auraient pu voir ;

« Attendu qu'au point de vue juridique, il n'a point été contesté qu'en supposant admis le fait générateur de la responsabilité, les principes du droit commun sur la matière ne soient applicables : que, s'agissant d'actes qui ne sont soumis ni aux doutes ni aux discussions de la science, la responsabilité de droit commun est encourue par le médecin, dès qu'apparaissent certaines l'imprudence, la négligence et la légèreté, et dès qu'il est constant qu'avec plus de vigilance il eût pu éviter l'acte qui lui est imputé à faute ;

« Attendu que, s'il résulte de ce qui précède que la responsabilité du D^r N... se dégage manifestement des faits et circonstances de la cause, il est certain, par contre, que l'on ne saurait incriminer sa bonne foi et admettre qu'il aurait volontairement favorisé de coupables projets d'internements ; que sa longue et honorable carrière médicale proteste contre une telle opinion ;

« Attendu, dès lors, que le Tribunal, qui a les éléments nécessaires pour apprécier le préjudice et arbitrer les dommages-intérêts, ne croit pas devoir ordonner l'insertion du présent jugement demandé à titre de supplément de dommages-intérêts ; que l'on peut se demander si cette mesure, qui aurait vis-à-vis du défendeur une gravité exceptionnelle, puisqu'elle tendrait à l'atteindre dans ses intérêts professionnels, serait même profitable à la dame X..., qui, dans tous les cas et à l'avenir, trouvera dans le présent jugement un document susceptible de lui donner suffisante satisfaction ;

« Par ces motifs ;

« Condamne le D^r N... à payer à la dame X... la somme

de 1.500 francs à titre de dommages-intérêts ; dit n'y avoir lieu d'ordonner les insertions demandées ; condamne le défendeur aux dépens. »

OBSERVATIONS. — L'article 8 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés dispose que le certificat médical constatant l'état mental de la personne à placer dans un établissement d'aliénés « ne pourra être admis s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ». Sur le délai de quinzaine, dans lequel certificat doit être délivré, voir : Dalloz (*Jur. gén.*, v° *Aliéné*, n° 112).

En ce qui concerne la responsabilité des médecins dans les termes du droit commun, en raison de faute, d'imprudence ou de négligence, on peut consulter : Dalloz (*Jur. gén.*, v° *Responsabilité*, n°s 128 et suiv., suppl. n°s 756 et suiv.). Pandectes françaises (v° *Médecine*, n°s 587 et suiv.). C. de Douai, 15 avril 1897 (*Sir.* 1898. 2.78) ; Just. paix Alger, 9 novembre 1897 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1898, 1^{er} sem., 2.186) ; Trib. civ. Seine, 29 mars 1899 (*Gaz. des Tribunaux*, 30 mars 1899) ; Trib. civ. Cambrai, 15 mars 1900 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1900, 1^{er} sem., 2.442) ; Trib. civ. Lille, 19 avril 1905 (*idem*, 1905, 2^e sem., 2.444, avec note) ; et table quinquennale du *Recueil de la Gazette des Tribunaux* (v° *Médecine*, n°s 63 et suiv.).

Spécialement sur la responsabilité du médecin, par rapport aux certificats délivrés par lui, voir : Trib. civ. Seine, 24 décembre 1897 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1898, 1^{er} sem., 2.157) ; C. de Caen, 15 janvier 1901 (*idem*, 1903, 1^{er} sem., IV, v° *Médecine*, n° 7). Pandectes françaises (v° *Médecine*, n°s 582 et suiv.).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

70. *Folie homicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du lundi, 7 juin 1909) :

On télégraphie de New-York qu'à Boston, hier soir, un boucher, employé dans une manufacture de conserves, est devenu subitement fou furieux. Il a parcouru les rues de la ville, son couteau à la main, et avant qu'on ait pu l'arrêter, il avait tué cinq personnes et blessé mortellement trois.

Plusieurs passants ont été, en outre, légèrement atteints.

71. *Agression violente.* — On télégraphie de Londres *Journal* (numéro du lundi, 7 juin 1909) :

Un fou dangereux a causé un scandale dans l'église catholique de Bantry (Irlande). Gesticulant et proferant des paroles

blasphématoires, il s'est précipité sur l'officiant et l'a frappé violemment au visage, au grand effroi des fidèles qui craignaient que le fou tuât le prêtre. Mais on s'est emparé du forcené, malgré sa vive résistance.

72. *Tentatives d'homicide.* — Le directeur de l'hôpital Saint-Antoine recevait, hier matin, la visite d'une jeune femme élégante qui, à sa stupéfaction, lui demanda un poison violent pour son mari, « qui ne l'aimait pas suffisamment », et pour ses quatre enfants. Ne doutant pas d'être en présence d'une folle, le directeur fit conduire la malheureuse, M^{me} Nathalie Bronne, 22, rue Erard, au commissariat de police de la rue Traversière.

La pauvre aliénée, qui a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt, avait tenté, la semaine dernière, au cours d'une crise provoquée par son état mental, de jeter ses quatre enfants par la fenêtre. (Le *Journal*, numéro du lundi, 8 juin 1909.)

73. *Tentative de suicide.* — M. Bleyne, commissaire de police du quartier de la Monnaie, a envoyé, hier après-midi, à l'infirmerie spéciale du Dépôt, une pauvre folle, Marie Pelloile, 35 ans, domiciliée 33, rue Mazarine qui, depuis quinze jours, vivait enfermée dans sa chambre, refusant toute nourriture et déclarant que les voix lui commandaient de se laisser mourir de faim. (Le *Journal*, numéro du mardi 15 juin 1909.)

74. *Homicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du mardi, 15 juin 1909) :

Un drame s'est déroulé, hier matin, à High-Wycombe, dans le comté de Buckingham.

Un rentier nommé Gibbons qui, depuis quelque temps, donnait des signes de dérangement mental, attaqua subitement sa femme, armé d'un rasoir. Aux cris de la malheureuse, un médecin qui demeurait dans la maison voisine accourut et, après avoir enfoncé la porte, aperçut Gibbons agenouillé sur le corps étendu de sa femme et achevant de lui séparer la tête du tronc.

A la vue du docteur, il abandonna le cadavre de sa victime et se précipita sur lui. Une lutte terrible s'engagea, durant laquelle le manché du rasoir se brisa; la lame en resta aux mains du médecin qui eut quatre doigts profondément entaillés.

Le forcené a été arrêté.

75. *Suicide.* — Un habitant de Chartrettes, M. Moulineuf, dit « Cabano », dont la vieillesse avait déséquilibré les facultés mentales, réussit, hier, à tromper la surveillance des siens. Poussé par sa folie, il se rendit sur la voie ferrée et se jeta sur les rails au moment où arrivait un train de marchandises. Le malheureux, qui eut les jambes atrocement broyées, succomba presque aussitôt. (Le *Journal*, numéro du mercredi 16 juin 1909.)

76. *Suicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 16 juin 1909) :

M^{me} Marie Vincent, âgée de trente ans, concierge, 82, rue Saint-Blaise, qui se croyait persécutée, s'est suicidée hier matin en se jetant dans un puits situé dans la cour d'un immeuble voisin. Retirée par les pompiers, la malheureuse femme est morte dans sa loge où on l'avait transportée.

77. *Incendie*. — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 24 juin 1909) :

On avait maintes fois recommandé à M. Lecomte, cinquante ans, ouvrier dans une fabrique d'eaux gazeuses et demeurant 5, cité Lepage, de faire examiner par un spécialiste, son fils Henri, âgé de dix-huit ans.

Le jeune homme, en effet, depuis la mort de sa mère survenue il y a deux ans, avait donné des signes de dérangement cérébral. Il avait des hallucinations, se figurait être entouré d'ennemis et posséder une fortune fabuleuse. M. Lecomte se contenta de retirer d'apprentissage le jeune homme, qui, dès lors, vécut oisif chez son père. Cependant, de temps à autre, il quittait le domicile paternel et restait absent plusieurs jours de suite ; ou bien, dérochant dans le logement quelque objet de valeur, il le vendait à un recéleur. Il y a huit jours, il s'empara d'une trentaine de francs que son père avait mis en réserve pour solder le terme prochain. Il était en même temps, par ses excéntricités, la terreur des voisins.

Hier après-midi, vers une heure, une épaisse fumée s'échappa soudain du logement de M. Lecomte ; on donna l'alarme et les pompiers de la caserne de Château-Landon, accourus sur les lieux, se rendirent maîtres du sinistre après une demi-heure d'efforts. Quand on pénétra chez M. Lecomte, on trouva le plancher de la chambre à coucher calciné et les meubles entièrement brûlés.

Quatre amas de vieux chiffons imbibés de pétrole brûlaient encore — indiquant quelles avaient été les causes de l'incendie.

La concierge de l'immeuble, interrogée par M. Rouffaud, commissaire de police, déclara qu'elle avait vu sortir précipitamment, et se dirigeant vers la rue de Meaux, le fils de l'ouvrier. Quelques instants après ce départ, l'incendie se déclarait.

Le sous-brigadier Gallet a été chargé de rechercher le jeune incendiaire qui, sur la demande de son père, sera interné.

78. *Automutilation*. — On télégraphie de Montluçon au *Journal* (numéro du dimanche 27 juin 1909) :

Un nommé G..., âgé de soixante-sept ans, habitant Maligny-le-Monial, était atteint depuis quelque temps de neurasthénie. Ne pouvant mettre fin à ses maux imaginaires, il alla

trouver un sorcier qui lui déclara que le diable était dans son ventre. G... invita le guérisseur à l'exorciser, mais refusa ensuite devant la somme énorme que celui-ci réclamait.

Il résolut de faire l'opération lui-même et d'obliger, par une forte incision, le diable à sortir.

Profitant de l'absence de sa femme, le malheureux se trancha les organes sexuels.

Son état inspire les plus graves inquiétudes.

79. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Roubaix au *Journal* (numéro du mardi 29 juin 1909) :

Le D^r Moret, conseiller d'arrondissement, au cours d'une tournée de visites à Eppe-Sauvage, où il avait à voir un malade, fermier dans la localité, fut avisé que celui-ci se trouvait occupé dans un champ, à proximité.

Le D^r Moret s'y rendit, mais au moment où il s'approchait de lui, le malade, devenu subitement fou furieux, sauta sur le médecin et lui porta plusieurs coups de sa faux.

L'état du D^r Moret est grave.

80. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 29 juin 1909) :

Sous les beaux arbres du jardin du Luxembourg, parmi les pelouses et les statues, un étrange personnage se promenait, hier, vers midi, le long des allées qui conduisent de la grille de l'Odéon à la fontaine de Médicis.

Correct, en complet noir, la moustache poivre et sel, le quidam, qui paraissait quarante ans, s'arrêta tout à coup au beau milieu d'un groupe de fillettes, tira un revolver de sa poche, et, par trois fois, fit feu sur la petite Renée Ullmann, à peine âgée de sept ans.

L'enfant, dont le père est éditeur, rue Malebranche, jouait avec un gros ballon, près de sa bonne, M^{lle} Peters. Elle s'arrêta, surprise, se retourna, ouvrit de grands yeux étonnés, croyant voir l'Ogre, peut-être, et figée de peur, se mit à pleurer.

Mais autour d'elle, qui, par bonheur, ne fut pas atteinte, hâtons-nous de le dire, l'émotion était profonde et les mamans fuyaient de tous côtés, emportant les enfants dans leurs bras. Cependant, deux promeneurs, MM. Boedther Eyvind, maître de conférences à l'Université de Christiania, et Henri Marchand, garçon de recettes, se précipitèrent sur le meurtrier, le désarmèrent et le conduisirent au commissariat de l'Odéon.

— Je suis le tueur de petits enfants, déclara-t-il, j'ai manqué mon coup et j'en suis désespéré!

L'énergumène, qui refusa de donner son nom et son adresse, fut fouillé sur-le-champ. Il était porteur de lettres incohérentes où il s'agissait de Jaurès, des massacres d'Arménie et d'Abdul-Hamid. Au reste, ces missives se terminaient inva-

riablement par ces mots étranges : « Je tue les petits enfants français dans les jardins... »

— Si je ne l'ai pas tuée, a-t-il dit, c'est qu'elle m'a regardé avec des yeux bleus.

L'ogre qui fit tant peur à la petite Renée et effaroucha les mamans paisibles, n'est sans doute qu'un pauvre fou. Il ne parlera, en tout cas, qu'en présence d'un juge d'instruction.

Dans son numéro du samedi 31 juillet 1909, le *Temps* nous donne, ainsi qu'il suit, la conclusion naturelle de ce fait-divers :

« L'Arménien Avedis Thoumaïef qui avait tiré un coup de revolver sur des fillettes jouant dans le jardin du Luxembourg, pour protester, disait-il, contre les massacres d'Arménie, a été soumis à un examen mental. Les médecins légistes l'ont déclaré complètement irresponsable.

« En conséquence, M. Pradet-Balade, le juge d'instruction à la disposition duquel il avait été mis, a rendu une ordonnance de non-lieu. Avedis Thoumaïef va être enfermé par mesure administrative, comme il le fut déjà il y a quelques années. »

81. *Suicide*. — On télégraphie de Boulogne-sur-Mer au *Matin* (numéro du vendredi 2 juillet 1909) :

Un officier d'administration d'artillerie de 1^{re} classe, Albert Laurent, employé depuis sept ans à l'arsenal de Boulogne-sur-Mer, s'est tiré, ce matin à 4 heures, un coup de revolver à la tempe droite. Sa femme qui se trouvait dans une pièce voisine, accourut, mais la mort avait été foudroyante.

Le défunt laisse une fillette de quinze ans et un garçon de neuf ans.

A la suite d'excès de travail, il souffrait depuis quelque temps de troubles cérébraux très accentués, mais n'avait pas voulu se soigner.

82. *Agression violente*. — Au bureau de poste de la rue d'Allemagne se présentait hier matin une femme d'une trentaine d'années, très élégamment vêtue qui, à l'employé préposé à la distribution des tickets téléphoniques, demanda, très tranquillement :

— Veuillez me mettre en communication avec Pie X, s'il vous plaît !

L'élève facteur répondit qu'aucun fil ne le reliait avec le Vatican.

La dame s'énervait, évidemment. Elle ajouta :

— Donnez-moi la communication par la téléphonie sans fil, alors.

Et, comme elle ne recevait pas de réponse capable encore de la satisfaire, elle se mit à hurler.

— Mais, malheureux, voulez-vous, donc me livrer aux

flammes éternelles? J'ai péché, je suis excommuniée, et seul Pie X peut m'absoudre.

Comme elle accompagnait ces déclarations de rudes coups d'ombrelle appliqués sur la tête de l'employé, on se jeta sur la pauvre démente, qui fut dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. Il s'agit d'une dame Marie Lesuer. A son domicile, rue de Flandre, on a trouvé quantité de bouteilles ayant contenu de l'absinthe. (Le *Matin*, numéro du dimanche 4 juillet 1909.)

83. *Excentricités*. — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 5 juillet 1909) :

Des touristes entouraient, hier, silencieux et impressionnés par la solennité du lieu, le tombeau de l'empereur, aux Invalides. Il était 4 heures. Quelques rayons d'or, détachés de l'autel, tombaient sur le marbre blanc du sol... Soudain, une voix sonore monta sous la nef immense : des vers des *Châtiments* retentirent, dits comme des versets de l'Evangile... Il y eut un instant d'étonnement. On regarda. Là-bas, debout sur les marches de l'autel, un homme, paraissant trente ans, dont les cheveux étaient rejetés en arrière et qu'un long manteau enveloppait, tendait vers l'horizon une main gantée de noir. Un gardien s'approcha, le priant de cesser ses prières ainsi à voix haute... Il ne semblait pas entendre, et il fallut deux gardiens pour l'arracher à l'extase où il était plongé.

Conduit devant le commissaire de police, il déclara se nommer Lucien Marquerie, être poète, habitant Angoulême et venu à Paris, il y a trois jours, pour rendre hommage, en cette période de commémorations de gloires impériales, au Grand Mort... Aux questions qui lui furent encore posées, il ne semblait rien comprendre. On a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt le malheureux déséquilibré.

84. *Incendie*. — Prise de folie subite, M^{me} Marie Blondeau, quarante-neuf ans, marchande des quatre-saisons, entasse dans un coin de son logis, rue Stephenson, son mobilier et y met le feu. Des voisins éteignent le commencement d'incendie et la démente est transportée à l'infirmerie spéciale. (Le *Matin*, numéro du vendredi 16 juillet 1909.)

85. *Incendie, tentative d'homicide et suicide*. — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du samedi 24 juillet 1909) :

Un mineur, nommé French, dans un accès de folie subite, a mis le feu à sa maison, à Hirst (Northumberland).

La belle-sœur de French, ne voyant pas ce dernier sortir de la maison, entra pour se porter à son secours ; mais French, qui s'était ouvert la gorge, se précipita sur la pauvre femme, un rasoir à la main, et lui fit une profonde blessure au cou. La

malheureuse put néanmoins se sauver, mais elle est dans un état grave.

French a été retrouvé respirant encore, sous les débris fumants de sa maison. Il est mort peu après.

FAITS DIVERS

Ministère de l'Intérieur et des Cultes. — Avis relatif à la vacance d'un poste de médecin en chef à la Maison nationale de Charenton. — Un poste de médecin en chef sera vacant à la Maison nationale de Charenton à partir du 1^{er} novembre 1909, par suite de la mise à la retraite, sur sa demande, de M. le D^r Ritti.

Les médecins en chef et les médecins adjoints de classe exceptionnelle du cadre administratif qui voudront faire acte de candidature devront faire parvenir avant le 15 septembre 1909, au 1^{er} bureau de la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, leur demande accompagnée d'un relevé de leurs titres.

Concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 22 novembre 1909, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 18 octobre au samedi 6 novembre inclusivement.

Démence séquestrée dans sa famille. — On télégraphie d'Anancy au *Journal* (numéro du mercredi 7 juillet 1909) :

Le Parquet vient d'ouvrir une enquête au sujet d'une grave affaire de séquestration qui a été découverte hier, dans la commune du Grand-Bornand, canton de Thones, à la suite d'une lettre anonyme parvenue à la gendarmerie de cette localité.

Une nommée Marie Perillat-Boiteux, trente et un ans, atteinte d'aliénation mentale, était séquestrée, depuis dix-huit mois, par ses parents, dans une sorte de cachot. D'une maigreur extrême, la pauvre démente gisait dans un état de malpropreté repoussante. Elle n'avait pour tout vêtement qu'une chemise faite avec des morceaux de toile grossière, dite de toile à sac.

L'affaire se poursuit.

Incendie dans un asile d'aliénés. — On télégraphie du Puy au *Petit Journal* (numéro du jeudi 22 juillet 1909) :

Un drame terrible s'est déroulé la nuit dernière, dans le quartier des agités, à l'asile d'aliénés que dirigent les frères de Sainte-Marie de l'Assomption, à Montredon, à un kilomètre du Puy.

Entre 3 et 5 heures du matin, un aliéné, qui avait réussi à se procurer des allumettes sans avoir été aperçu, a mis le feu à son lit et en un clin d'œil le couchage a été embrasé. Le feu s'est ensuite communiqué au plancher de la chambre occupée par l'insensé et, après avoir asphyxié le malheureux, a atteint une cellule voisine où reposaient deux autres fous.

Les infortunés ont été également victimes de l'acte de leur voisin. L'un d'eux a succombé aux blessures affreuses reçues et son camarade de chambre est dans un état qui laisse peu d'espoir.

Le personnel de l'établissement n'a été au courant du drame qu'après cinq heures. Un veilleur, qui accomplissait sa ronde réglementaire à 3 heures, n'avait rien remarqué d'anormal. L'incendie, fort heureusement, a pu être éteint dès les premières constatations.

Cet événement a causé la plus vive émotion en ville, en raison de l'importance de l'établissement, qui compte près de 2.000 pensionnaires des deux sexes, provenant de la Loire, du Rhône et du département.

La folie en Allemagne. — Sous ce titre le *Journal* (numéro du mercredi 28 juillet 1909) publie la dépêche suivante qui lui est adressée de Berlin :

« On vient à peine d'achever les plans pour l'édification d'un quatrième asile municipal d'aliénés, près de Berlin, que l'on s'aperçoit qu'il va falloir immédiatement en mettre un cinquième à l'étude. 8.365 individus atteints de folie sont actuellement en traitement ici et il faut noter que la plupart sont du sexe masculin. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

PSYCHOSES TOXI-INFECTIONEUSES

ET DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Alvarez G. SALAZAR (de Valladolid)

Traduction par le Dr J.-M. DUPAIN

Médecin des asiles de la Seine.

Y a-t-il une différence clinique entre les psychoses toxi-infectieuses et la démence précoce ?

Nous avons l'honneur de présenter à l'attention de la Société clinique de médecine mentale de Paris l'observation suivante ayant trait à un malade sur lequel nous avons porté le diagnostic de démence précoce et dont les débuts et l'évolution de la maladie, jusqu'à ce jour, sont dignes d'entrer en ligne de compte dans la controverse actuelle.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt et un ans, céliba-

taire, étudiant en médecine, sans aucun antécédent pathologique personnel, pas plus que chez ses ascendants ou collatéraux. Il fait l'objet de la présente observation.

Le malade, X..., est d'une stature au-dessus de la moyenne, de bon aspect physique général, mais présentant divers stigmates de dégénérescence psycho-organique. Il convient de signaler une inégalité de grandeur entre les pavillons de ses oreilles : le pavillon droit plus grand que le gauche. De plus, certaines anomalies de forme : l'hélix est inégal et mal ourlé; l'antitragus forme une surface lisse avec l'anthélix; le lobule est adhérent. L'aspect des yeux est normal, mais le gauche est plus petit que le droit pour un même diamètre, principalement dans le sens vertical, de la concavité orbitaire. De plus, on note un léger ptosis de la paupière gauche. Les lèvres, assez grosses, recouvrent bien les dents, dont quelques-unes sont irrégulièrement implantées. La voûte palatine est légèrement ogivale. Rien à signaler dans le reste de l'organisme, sinon l'absence d'un testicule avec dilatation du conduit inguinal du même côté.

Comme stigmates psychiques, sont à noter : une intelligence médiocre, peu de mémoire, un manque de volonté, une grande inadaptabilité sociale qui l'oblige à mener une vie solitaire. On note aussi une indifférence du sentiment religieux.

Il a un frère et une sœur. Tous les deux sont excessivement émotifs; leur niveau mental n'est guère plus élevé que celui que nous avons reconnu à notre malade.

Comme antécédents immédiats chez X..., sa famille nous raconte qu'au début de sa maladie actuelle, six mois avant l'explosion de l'état aigü, on remarqua une altération du caractère qui devint plus sombre; le malade paraissait désirer rester toujours seul; la majeure partie du temps, calme; d'autres fois, plus rarement, se promenant le regard fixé sur le sol, sans que rien parvînt à pouvoir troubler cette attitude, ni les bruits de la rue, ni ceux de sa maison, ni même les appels de sa famille qui, préoccupée d'une telle conduite, l'interrompait de temps à autre dans sa solitude pathologique.

Parfois, à cette misanthropie se substituait une loquacité abondante ayant pour thème des affaires d'argent, qui véritablement n'exprimaient que des préoccupations illogiques, étant donné sa qualité d'étudiant et de fils de famille, ainsi que la position élevée qu'occupaient ses parents. Pendant cette période il questionnait avec ténacité à propos des entrées

journalières que les commerçants faisaient dans la maison, et il qualifiait durement les *gaspillages* qui, disait-il, se produisaient.

Cette conduite anormale de notre malade préoccupa profondément toute sa famille et fit soupçonner qu'elle était la conséquence d'un excès de travail intellectuel auquel X... avait dû se livrer pour passer les épreuves de ses examens probatoires du mois de juin. Le père crut modifier l'état de son fils en l'envoyant passer quelque temps à Madrid, avec l'argent suffisant pour se distraire et pour substituer à la solitude de la petite ville où il vivait les plaisirs non interrompus de la résidence royale. Ainsi fut fait. A peine dans la capitale, X... se montre plus expansif; à ce nouvel état s'associe une évolution importante dans ses idées, qui l'entraînent à une vie de scandales et de disputes qui obligea son père à le ramener et à le garder chez lui jusqu'au commencement de l'année 1907 où il fut envoyé dans un groupe d'étudiants pour continuer ses études à la Faculté de médecine. En octobre de la même année, il vint suivre les cours. Depuis cette époque jusqu'au 12 mars où nous le vîmes pour la première fois, il se fit remarquer de ses compagnons d'études par une instabilité psychosomatique spéciale.

Très philosophe auparavant en ce qui avait rapport aux plaisirs de Vénus, il se singularise alors, dans une large mesure, par une intempérance inusitée pour ces mêmes plaisirs qui donnait un caractère indéniable d'érotisme à tous ses actes.

Il s'irritait de tout et pour rien. Sa timidité d'autrefois fit place à une conduite hautaine et soupçonneuse qui, en raison de son caractère agressif, lui valut à maintes reprises des démêlés avec les agents de police et vingt-quatre heures de détention. Jusqu'au mois de février 1908, et avec un intervalle de sept jours, il eut deux fugues conscientes mais avec caractère impulsif, employées à parcourir les tavernes et les maisons de prostitution, faisant de grands excès, principalement durant la dernière, car dans la première il avait seulement fait usage de petite quantité de vin blanc. Particulièrement, depuis ces périodes de grande activité, il se concentrait dans sa maison sans parler à personne, sans répondre aux questions que ses camarades lui adressaient; tantôt il se couchait, tantôt il se levait, feuilletait des livres de médecine qu'il abandonnait ensuite, passait de longues heures dans sa chambre, exécutant une marche bien caractéristique que ses amis comparaient à celle du soldat d'infanterie en manœuvres. D'autres fois il

s'asseyait sur le bord latéral d'une chaise, restant dans cette posture fort incommode pendant des heures entières. Nous manquons de renseignements en ce qui concerne son sommeil; toutefois, nous pouvons assurer que, quelquefois, ses nuits furent troublées par de grands cauchemars. D'autres nuits, dans des accès de somnambulisme, notre malade se levait, s'habillait et parcourait les diverses chambres de la maison, puis retournait à sa chambre, se déshabillait, se mettait au lit.

Fréquemment il se plaignait de douleurs de tête, limitées au front, et de faiblesse dans les jambes; cette faiblesse, néanmoins, ne se manifestait ni par des faux pas, ni par des tremblements.

X... se promenait un jour ou deux sans rien manger ni boire; cette période passée, il dévorait avec avidité des quantités énormes d'aliments qu'il mâchait à peine, absorbait d'énormes quantités de boissons, particulièrement de l'eau. Nous n'avons pu nous assurer de la régularité ou de l'irrégularité de ses selles, ni des caractères de son urine. Dernier renseignement important: la veille de notre visite à X..., comme il passait avec son correspondant sur une place, et remarquait la présence de quelques agents de police, il lui dit qu'il avait été compromis ces jours derniers avec un groupe de personnes, parce que l'arrivée du Roi avait coïncidé avec une explosion de bombes. Nous avons noté que cette idée du malade était délirante, car il était à Valladolid lorsque se passaient les événements de Barcelone.

Tels sont les faits que nous avons recueillis des parents ou des amis du malade, se rapportant aux épisodes antérieurs au début de l'affection que nous venons d'exposer sommairement.

La veille de notre visite, X... se mit au lit comme de coutume, se levant une ou deux fois dans la nuit en l'identique état de somnambulisme qu'il avait les autres nuits. Lorsque vers 9-heures du matin ses camarades vinrent voir comment il avait passé la nuit, ils le trouvèrent sans connaissance et se hâtèrent de m'appeler. Le tableau qui s'offrit à ma vue était significatif.

X... se trouvait dans le décubitus dorsal avec la face fortement congestionnée et sans expression; les yeux ouverts, humides, et les conjonctives très vascularisées. Les pupilles inégales avec dilatation plus grande à droite. Hypertonus des deux faciaux et un trismus si énergique qu'il empêchait absolument d'ouvrir la bouche même légèrement. Les déplacements

de la tête s'effectuaient légèrement avec une grande difficulté. En découvrant le tronc nous apercevons une grande transpiration cutanée ; les deux bras étaient allongés le long du corps. En saisissant légèrement le bras, il survenait au même moment une grande contraction qui faisait obstacle aux différents déplacements que nous tentions de lui imprimer. La main continuait la direction rectiligne des extrémités ; les doigts fléchis sur la main se contractaient énergiquement quand nous les touchions même légèrement. Les muscles du tronc présentaient un pareil hypertonus que démontrait l'audition d'une respiration suspirieuse et forcée, facilement appréciable au moindre examen. Les muscles correspondants à la partie antérieure et postérieure de l'abdomen présentaient les mêmes caractères de tonicité, entrant en forte contracture pour le plus léger frôlement. Les membres inférieurs présentaient une pareille rigidité avec extension forcée du pied par prédominance d'énergie du triceps sural. Une sueur abondante couvrait tout le corps et avait imbibé la literie. La recherche du réflexe rotulien fut positive avec une exagération énorme. Les réflexes cutanés et les sensibilités à la douleur et à la chaleur étaient abolis, pas tout à fait cependant quant à la douleur, puisqu'on notait une légère réaction de défense sur quelques régions du corps du malade.

Le pouls donnait 82 pulsations à la minute et la température axillaire qui à ce moment était $37^{\circ}9$ s'éleva deux heures après à $38^{\circ}2$ sans dépasser durant l'accès aigu de la crise $38^{\circ}4$.

La perte de connaissance de X... était complète ; les appels à voix forte, les brusques secousses ne parvenaient pas à modifier l'expression de son visage ; la stupeur était des plus complètes et se prolongea pendant deux heures jusqu'à ce que nous injectâmes 300 centimètres cubes de sérum Hayem, et nous ordonnâmes que s'il sortait de cette situation, dès que la disparition du trismus permettrait la déglutition, on lui fît prendre 80 centigrammes de calomel.

Quand nous revînmes à dix heures et demie de cette même nuit, nous fûmes informé qu'une demi-heure après l'injection de sérum l'état du malade s'était rapidement modifié. L'hypertonie musculaire avait disparu au point qu'il fut possible de lui administrer le purgatif préparé ; il put même boire de l'eau et une petite quantité de lait. Il revenait à lui assez bien pour s'apercevoir de la présence de sa famille, qui venait d'ar-

river d'après avis de l'état grave du malade. Puis il parla quelque peu à ses parents pour seulement répondre à leurs questions, sans se préoccuper de leur présence en ces lieux. Son état somatique général était à peu près le même. La coloration de son visage était très rouge, les yeux baignés de larmes, les conjonctives hyperémiées, les pupilles inégales, la sueur abondante; le tonus musculaire, qui avait cédé considérablement, était cependant manifeste. La langue était saburrale, l'haleine avait une odeur fétide. Les membres paraissaient relâchés à la simple inspection, mais lorsqu'on le touchait, il réagissait par un mouvement de défense. Les réflexes rotuliens étaient exagérés.

51. X... présentait le même négativisme dans ses organes de la vie animale que dans ses organes de la vie de relation. Ainsi pour la vessie : il émit, en une seule fois en vingt-quatre heures, 1.150 centimètres cubes d'urine; pour obvier à cet autonégativisme, nous nous décidâmes à sonder le malade toutes les six heures pour éviter un désordre quelconque du côté des voies urinaires. L'urine était fortement acide, de couleur rouge, et laissait déposer une énorme quantité d'acide urique.

La première nuit qui suivit l'injection de sérum et l'administration du calomel, il dormit quelques heures, adoptant toujours le décubitus latéral droit, et la position en chien de fusil.

Le jour suivant, l'état devint plus grave, sans pourtant que la température fût au-dessus de 38°2, mais il eut par moments des attaques tétaniformes avec régurgitation des aliments liquides. Ces attaques duraient deux ou trois heures, et quand il en sortait, la conscience obnubilée, il manifestait des phobies de personnes ou d'objets. Il se cramponnait fortement au matelas de son lit et adressait des paroles injurieuses à ceux qui s'approchaient, disant qu'ils venaient pour le tuer. Il querellait sa sœur qui le soignait, disant que tout ce qui se passait arrivait par sa faute. Ces idées de persécution mal coordonnées duraient peu de temps et faisaient place à des idées érotiques ou à des idées de ruine, mais mal systématisées, sans substratum les rendant homogènes ou persistantes. En un mot, idées essentiellement démentielles.

X... continua à se trouver dans cet état jusqu'au huitième jour de la période aiguë, lorsque, venant de sortir d'un bain tempéré où il était resté une demi-heure, il fut pris d'une nouvelle attaque, avec flexion forcée de toutes ses articulations,

tout recroquevillé sur lui-même, perte de la conscience et tremblement généralisé. Cette attaque dura quatorze heures. Emission involontaire d'urine et de matières fécales, sueurs abondantes, état comateux profond. A nouveau, nous pratiquâmes une injection de sérum de Hayem, et peu de temps après survint une amélioration, avec conscience relative de son état, et retour à peu près à la normale; la fièvre disparut et la colonne du thermomètre revint vers la normale; elle indiquait une température de 36°4; ce fut la fin de l'état aigu, il avait duré neuf jours. Depuis cette date, l'évolution de la maladie de X... suivit une marche régulière jusqu'à ce jour où elle atteint une durée de onze mois et vingt et un jours.

Ces symptômes précurseurs de cette période aiguë que nous avons exposés précédemment, et qui comprennent ce que l'on appelle : catatonie, négativisme, attitudes stéréotypées, se sont encore mieux affirmés, plus nets et plus péremptoirs.

Notre sujet X... résiste à tout ce que nous voulons lui faire faire. Si nous lui demandons la main comme pour lui donner le bonjour, il nous la refuse; et si nous la prenons, il se produit une forte contraction d'opposition; cette action de résistance s'accompagne de phrases injurieuses à notre adresse, et parfois aussi d'un flux de paroles incohérentes. Quand nous causons avec quelqu'un de son entourage, il répète la ou les dernières paroles de notre conversation. Si nous faisons quelques gestes, X... les imite. Lorsqu'on lui parle de le transporter à sa maison, il le souhaite, dit-il, afin de se séparer des canailles qui tantôt le martyrisaient. Sur l'ordre de son père, on lui transmet des nouvelles de sa famille; il les écoute avec une complète indifférence et sans y prêter la moindre attention. X... ne se laissait pas ébranler par les supplications de sa sœur; il se montrait seulement soumis à son frère, plus âgé que lui, lorsqu'il le menaçait de le châtier.

Le souvenir de ce que nous lui avons fait pendant la période aiguë de sa maladie est resté peu précis. Il nous dit, comme preuve de ce que nous lui avons fait souffrir, le nombre de fois que nous lui avons pincé le ventre, les bains que nous lui avons donnés et les ordonnances que la famille devait exécuter. Il résultait de tout cela que, bien que quelques-uns de ces faits fussent véridiques, l'ensemble des événements restait confus, avec désorientation. Tantôt, il nous prenait pour un de ses persécuteurs, tantôt pour un médecin faisant des expériences comme sur un malade d'hôpital.

L'attention volontaire est en pleine déroute; la mémoire, assez exacte pour les faits récents, est plus précise pour les faits anciens. A certaines heures de la journée, il n'est pas possible de lui arracher une parole. Son mutisme est complet, et quand il se trouve dans cet état, son attitude est invariable et toujours la même : debout ou bien plus souvent assis, il fixe attentivement sa vue sur les ongles des doigts de sa main droite et il reste dans cette position des heures sans qu'aucun des événements extérieurs puisse la modifier. Il passe, sans transition, de cet état de repos pathologique à l'excitation : il marche à pas réguliers, égaux, en levant beaucoup les jambes et donnant de grands coups de pied sur le sol. La direction de la marche est toujours la même, et l'attitude générale du corps ne varie pas : le tronc penché en avant, la tête inclinée sur la poitrine, le regard dirigé vers le sol, la pensée cachée au spectateur, sans donner par l'expression de son visage le moindre signe de son existence. X... paraît se mouvoir à la manière d'un être sans âme, ayant en lui une énergie physique aveugle, sans puissance lucide : il est le jouet passif du hasard. Après cette phase des actes stéréotypés sans durée fixe, commencèrent les insultes et les phrases malsonnantes envers ceux qui étaient là; X... allait quelquefois jusqu'à vouloir les maltraiter ou les dominer par la force. Il n'admettait aucun conseil, n'écoutait personne, voulait sortir de sa maison. Des heures et des heures se passaient ainsi de cette façon, sans qu'il cessât de parler un moment, jusqu'au retour de la période de dépression avec tout son cortège d'incidents dont nous avons donné l'exposé.

Telle était la situation. Ses parents demandèrent à le faire transporter dans leur maison. Ils firent ainsi, quinze jours environ après le commencement de l'accès aigu de la maladie. Depuis le mois de décembre 1908, nous avons eu des notes sur le cours de la maladie par de nombreuses lettres de sa famille. Dans toutes ces lettres, on nous confirme la présence des états d'excitation et de dépression avec délire polymorphe, sans présence d'hallucinations et avec un négativisme constant. Stéréotypie, écholalie, échokinésie, verbigération.

Le 15 décembre 1908, nous le vîmes quelque temps. Il était physiquement amélioré, mais nous ne pûmes rester longtemps avec lui, parce qu'il se mit à s'exciter et à nous dire des injures. Pendant le peu de temps que nous pûmes lui parler, nous observâmes combien il était instable, nous donnant des paroles de remerciement, nous demandant pardon des offenses qu'il nous

a faites en nous injuriant dans la période aiguë de sa maladie. Ma présence lui fit affirmer qu'il me reconnaissait pour m'avoir rencontré parmi quelques autres de ses amis; mais quelles que fussent les questions que nous lui adressions tendant à réveiller son souvenir, il nous fit comprendre qu'il n'avait conservé seulement que la perception de quelques faits, laissant croire à une fausse reconnaissance ou à une reconnaissance bien incomplète.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, le cours de la maladie est le même, augmentant quelque peu l'hyperexcitabilité du sentiment agressif. Si bien que sa famille prit le parti de l'enfermer dans sa chambre à cause des violences auxquelles il se livrait envers les personnes qu'il rencontrait dans la rue.

Voilà donc en synthèse le plus important de la symptomatologie que X... présentait et présente depuis les débuts de sa maladie et qui nous amène aux considérations qui motivèrent la phrase interrogative du titre du présent article.

L'importance de notre cas est fondée, à ma manière de voir, sur la coexistence chez X... de cette double symptomatologie diagnostiquée démence précoce, comme entité, et sa forme symptomatique qui se sont succédé en cette occasion donnant à la clinique une action que nous pouvons dénommer de transition de deux états purs, et qui tend à embrouiller de plus en plus la conception pathogénique de cette psychose.

Quand bien même le tableau anatomo-pathologique que M. Klippel a décrit pour la démence précoce serait corroboré par des investigations successives, ces notions ne peuvent nous servir en ces cas, puisque c'est pendant la vie du malade que le clinicien désire rencontrer un ou plusieurs caractères distinctifs dans la symptomatologie, la marche et le mode de présentation, permettant de faire une distinction, au moins approximative, de ce qui doit être une confusion mentale et de ce qui est une démence précoce.

Nous savons, d'autre part, que la majorité des

symptômes que nous rencontrons fréquemment dans la démence précoce pure se trouvent aussi dans les psychoses toxiques ; et comme leur évolution peut être excessivement longue, notre rôle, devant un cas de ce genre, laisse assez à désirer au point de vue du pronostic. Et nous ne pouvons que dire, en ce qui a trait à ce jugement clinique, que dans les cas où survient la guérison — toujours complète et absolue — la démence précoce, ainsi diagnostiquée, passe au chapitre des pseudo-démences. Notre critère en ce point est péremptoire : la démence précoce est incurable. On peut seulement espérer dans la majorité des cas que le malade puisse rester capable d'accomplir certaines fonctions psychiques déterminées. Quant à une restitution *ad integrum* de sa puissance intellectuelle, nous le nions absolument.

Durant ces six dernières années d'exercice de notre spécialité, nous avons eu l'occasion d'observer vingt-cinq cas de démence précoce avec des nuances délirantes variées, et seulement dans deux cas nous avons vérifié des guérisons *relatives*, puisque, à un examen psychologique approfondi, nous ne tardions pas à reconnaître chez nos malades une émotivité considérable, une indifférence pour toutes les choses qui les préoccupaient auparavant, et de plus une défaillance de la volonté dans l'accomplissement des actes qui exigent une tension psychique élevée.

Il nous semble donc d'un grand intérêt d'essayer de chercher une base scientifique sur laquelle nous puissions nous appuyer pour faire un diagnostic le plus exact possible et dès le début s'il se peut, afin de ne pas nous exposer à l'erreur lamentable de considérer comme un cas de démence précoce un cas de confusion mentale et *vice versa*. Nous croyons que la seule base sur laquelle nous pouvons nous étayer consiste, non seule-

ment dans les anamnestiques de la famille du malade, mais de plus dans les recherches faites avec soin et très attentivement de la morphologie et de la psychologie du sujet. C'est pourquoi il est d'un intérêt capital, pour l'établissement d'un jugement clinique certain, de s'arrêter à tous les changements psychiques, même les plus légers, que l'on peut observer avec plus ou moins d'antériorité à l'apparition des phénomènes capitaux de la psychose.

Quant à la morphologie et à la psychologie de l'individu, notre cas donne un singulier intérêt de précision à cette investigation. Les anomalies anatomiques de notre malade, portant principalement sur la tête et sur le crâne, sont d'importants stigmates physiques qui viennent corroborer les stigmates psychiques auxquels il sont associés, conséquence logique de la relation de ces deux stigmates.

Des faits que nous avons recueillis personnellement, des renseignements donnés par ses maîtres de l'École de médecine et par ses condisciples, il résulte que X... était d'une capacité au-dessous de la moyenne, faible de mémoire intellectuelle, timide dans ses actes sociaux, facilement fatigué dans les travaux de technique anatomique qui réclamaient une attention soutenue, ayant enfin une indifférence marquée pour tous les sentiments de solidarité en ce qui concernait ses camarades.

Tous ces autécédents nous donnèrent matière pour formuler d'une manière concluante — et sans démenti jusqu'à ce jour — que toute cette phénoménologie pathologique était la phase aiguë d'un état de démence précoce ayant un caractère bien distinct de ce qui a trait aux psychoses toxi-infectieuses. Ces dernières, sans que les caractères symptomatiques marquent un relief de différence sur ceux de l'autre pour que nous les considérons communes sur une base physico-

organique et mentale, sont complètement distinctes, puisque dans les premières la psychose est condition du terrain sur lequel elle prend racine et se développe, et dans les secondes les toxines sont l'agent occasionnel du drame; lorsqu'elles sont éliminées, la guérison est la conséquence naturelle d'un processus qui n'existait que par supposition.

Dans notre clientèle, nous avons observé chez certains tuberculeux, ayant des complications du côté des organes hépatiques et gastro-intestinaux coexistantes avec le processus phymique, et chez des convalescents de la grippe, un retour complet à la normale, que nous avons annoncé depuis le début, en nous appuyant uniquement sur les considérations de nos caractères distinctifs, unique moyen qui, à notre avis, peut éviter une erreur de pronostic considérable et rendre efficace le traitement qui convient à ces cas.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DÉLIRES DE CAUSE CHLORALIQUE

Par le Dr G. de CLÉRAMBAULT

Médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale.

Suite (1).

III

DEUXIÈME OBSERVATION. — Chloralisme aigu sur un fonds de chloralisme chronique. — Délire prolongé. — Hallucinations spéciales de la vue. — Analogies avec les visions cocaïniques. — Onirisme. — Ivresses chloraliques antérieurement. — Hypochondrie génitale. — Homosexualité.

Le 6 avril 1907, vers 3 heures du matin, des agents arrêtaient à son domicile le nommé René H..., âgé de trente ans, employé d'administration, qui venait d'allumer dans son domicile un incendie, et l'amenaient à l'Infirmerie spéciale.

Questionné sur les causes du feu, il ne peut ou ne veut pas les dire; mis dans une chambre, il se couche aussitôt, se tient tranquille et paraît dormir quelque temps. Etat cachectique; mouvements torpides, élocution hésitante; prononciation parfois embarrassée; le soupçon d'une paralysie générale se présente à nous nécessairement, mais nous le trouvons peu compatible avec la vivacité d'esprit dont le malade fait preuve par instants. Un agent toxique semble en jeu, mais lequel?

Le lendemain 7 avril, le rapport de nuit nous apprend que le malade n'a pas dormi et n'a pas cessé de frapper à la porte, disant que l'on allait l'assassiner et qu'il y avait dans sa chambre des gaz asphyxiants; il avait vu autour de lui « une foule de choses » et il avait mis sa literie en désordre.

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre 1909.

Il se montre simultanément obnubilé et expansif, nous exposant les visions de sa nuit avec force détails; des termes de géométrie et de mécanique reviennent fréquemment dans ses descriptions, d'ailleurs toujours interrompues et recommencées; les phrases sont sans cesse inachevées.

La confusion intellectuelle se manifeste dans l'effort inutile pour donner certaines dates, et notamment le quantième du mois. Il cherche des repères, en trouve et ne peut pas s'en servir, soit qu'il les oublie, soit qu'il échoue dans le travail de les rapprocher les uns des autres; des noms de mois et des chiffres *inattendus de lui-même* surgissent dans sa phrase, il ne se reprend que pour se retromper, mais il a conscience de l'erreur.

De même, prié de donner son adresse, il confond d'abord son domicile avec celui de sa sœur, puis, voulant préciser ce dernier, n'y arrive pas. Il se pose à lui-même des questions, et ses réponses viennent sans rapport avec ses demandes, donnant lieu à des coq-à-l'âne où il représente à lui seul les deux personnages du dialogue.

Certaines locutions délicates, des tentatives de raisonnement d'ordre scientifique ou efforts pour tracer des plans explicatifs, enfin certains jugements critiques qu'il tâche de porter sur lui-même marquent des restes de lucidité.

Son ensemble rappelle surtout certains cas de délire autotoxique, où un surmenage à la fois intellectuel et émotionnel a préparé la confusion. Dès que nous parlons de neurasthénie, la physionomie du malade s'éclaire, et il s'écrie : « Oh ! monsieur, vous l'avez bien dit : je suis un vrai neurasthénique psychasthénique. Depuis trois ans je ne puis plus dormir ; je souffre avec cela de spermatorrhée. » Il nous dit avoir essayé de tous les calmants et hypnotiques, bromure, véronal, trional, *chloral*, etc. Toutefois, ces temps derniers, il n'aurait absorbé que du bromure ; dimanche dernier, notamment, il en aurait pris une très forte dose *sans chloral*. Il nie tout excès et usage d'alcool, et nous le croyons. A-t-il eu de l'albumine dans ses urines ? Il nous assure fortement que non ; nous demandons s'il n'a pas appris à faire lui-même ses analyses ; il sourit, voyant là un trait à l'adresse de son hypocondrie, et il répond : « Non, je les payais 20 francs ; pour ce prix, vous jugez si elles étaient complètes. »

Son élocution frappe par le nombre des lapsus. Un mot se substitue à un autre, des syllabes manquent, d'autres s'inter-

calent dans un mot; parfois deux mots tronqués fusionnent, produisant un vocable hybride et dénué de sens. « Je prenais des douches très... très effervescentes » (c'est-à-dire efficaces?). On a trouvé mon urine très... énergique (ainsi, plus loin : des bagageurs, la pailleforme, le conforme, etc.).

Les mots vagues « chose, machin », les oublis de mots et les impropriétés abondent, comme chez tous les confus; mais les troubles de la phrase ou du mot offrent ici une variété et une fréquence particulières. Nous y reviendrons.

Prié d'écrire son adresse, il écrit sur une ligne assez droite : « 1, rue du Pont Louips Lphillipp, 68 », puis : « 2, rue du Pont Louips Lphi...l...ppe » (Louis-Philippe). Les lettres sont presque toutes tremblées, des traits tremblotants. Des lettres, on le voit, se trouvent être surajoutées, interpolées, par anticipation ou rappel, exactement comme les syllabes dans le discours. Notons, au point de vue idéation, que l'adresse donnée par le malade n'est pas son adresse actuelle, mais *une adresse ancienne* (fait fréquent chez les confus de tous genres de même que chez les subdéments et aussi les traumatisés). Nous pensons maintenant spécialement à un appoint toxique *exogène*.

Une heure après, se présentent à nous spontanément la sœur et une tante du malade. Elles nous apprennent les faits suivants :

Père mort à quarante-six ans, très probablement alcoolique et tuberculeux; mère morte cardiaque et albuminurique. Une sœur de son père persécutée, internée, s'est suicidée. Le malade habite seul. De tout temps enclin à la neurasthénie, il est devenu extrêmement faible depuis que ses fonctions l'obligent à de nombreux voyages (cause adjuvante de l'insomnie); disputes avec sa sœur, brouille avec diverses personnes; depuis trois ou quatre mois, bizarreries d'allures : sombre, silencieux et changeant, il se trouve des maladies de toutes sortes. Ces jours derniers, nombreuses erreurs dans son travail; il voyait des ennemis partout et faisait des « contes impossibles ».

Il a abusé, depuis des années, de remèdes variés, notamment de bromure, de chloral et de trional, *il prend du chloral tous les jours*.

Il y a trois ans, une crise semblable, mais bien plus courte, s'est déclarée. A la suite d'une perte de connaissance, il s'est agité, réclamant du chloral, voulant étrangler les gens et se jeter par la fenêtre. Conduit à l'hôpital, il en ressortait le lendemain (crise dissipée en quelques heures). Le malade prenait

alors du chloral en excès, nous ne pouvons savoir à quelle dose. Nous interrogeons à nouveau le malade, et nous lui demandons en premier lieu pourquoi, ayant convenu de ses excès de bromure, il n'a pas convenu de ses excès de chloral. Il commence une réponse et l'oublie, impatient qu'il est de nous parler de ses hallucinations récentes.

« Il s'est passé, dit-il, des choses abominables. Quand je suis descendu à 10 h. 1/2, le premier acteur du mélodrame, du moins celui que j'appelle ainsi, est venu savoir ici. Il prévient tous mes départs, il est prévenu de tout. Je n'ai pas d'argent *sous* moi (lapsus). Le médecin légiste (allusion à son arrestation, au souvenir de laquelle il mêle le souvenir de nos interrogatoires médicaux) m'a dit : « Je prends reçu de votre argent, il ira au comptoir du quinzième, bureau 102. » Il y avait là un interne qui fait métier de je ne sais quoi avec ça, et qui nourrit ses gamins comme ceux que nous *allons* voir tout à l'heure. (Les futurs sont nombreux dans son élocution.)

« Vous m'avez *dit* pourquoi je vous *demandais*... » Ici il se tait. L'idée lui a échappé, il voulait parler du chloral et dire : « Vous m'avez demandé pourquoi je n'ai pas dit que... » Dans son commencement de phrase, le mot *demander* a pris la place du mot *dire*, et inversement; la négation a disparu, etc...

« Ils ont pris et descendu tout mon linge, et quand je suis descendu *là-haut* l'autre les a blanchis. »

Après cette phrase, le malade tombe dans une songerie d'environ une minute, désignant l'infirmier : « S'il peut tout voir, il se rendra compte. Vous verrez bien. Il y a dans ma chambre deux armatures de fer à fermereau, celle de droite coupe toutes les mesures. Les tiges de fer sont... enfin dans le sens de... (il veut dire le sens vertical). Je ne trouve pas. On les croit fixes, et en se déplaçant par trois elles laissent passer un homme, mais avec des choses, des états qu'il m'est impossible de dire, puisque je suis resté ici presque sans connaissance et que je n'ai jamais mis les pieds dehors. »

« Ils emploient des gaz asphyxiants, des explosifs, des sels de cuivre; j'ai reconnu l'odeur du cuivre, pas l'odeur, plutôt le goût. Il y a des *poussières* de poudre de... cette poudre-là sur les murs, la même poudre au fond d'un *verre* que vous trouverez *là-haut* dans un *verre* dix fois grand comme celui-là. »

« Je n'ai eu aucun sommeil la nuit, j'ai défendu ma vie plus de quatre-vingts fois cette nuit. Les uns demandaient *pour* quelque chose qui *descend* sur les Cours de la Victoire... non,

ce n'est pas cela. » Nous demandons : « Qu'est-ce que les « Cours de la Victoire? » Réponse : « C'est une petite rivière. Vous savez, la gare Magenta, je crois du moins que c'est la gare Magenta (il n'y a pas de gare de ce nom), mais je ne peux pas m'en rendre compte. Voulez-vous m'en prêter un de vos petits papiers, je vais vous tracer un petit schéma.

« Ils avaient préparé une camarade (?). Elle était préparée, mais je n'ai rien entendu. Depuis vos remarques (?) celui que je considère comme le premier acteur n'est pas revenu. Ils ont dû laver les draps, puis ils ont effacé des peintures qui étaient imprimées sur les murs ; sans doute ces gens-là sont des *peintres-décorateurs*. J'ai aperçu *ma propre écriture tracée sur les murs*, imitée, mal imitée. Ce qu'elle disait : « Monsieur H... est un cochon, un pédéraste, il emmène chez lui des petits garçons. » Quand j'ai retrouvé le p... pinceau, c'était fini, le bonhomme avait lâché son *persil* (pinceau) et son chiffon, et s'est sauvé. »

D. Qu'appellez-vous son persil?

R. P..., son pinceau. Ma langue a fourché.

« Ce que je vois, c'est une foule de petites choses par terre, qui prendront place à six dans ma chambre. Ils ont jeté des pantalons et des chapeaux, toutes sortes de choses. Ma chambre sera disposée pour la personne. Ils ont des modèles de clefs construites... à ce truc-là... intérieur.

« Ce que j'ai fait cette nuit? C'est vrai que j'ai passé le temps à retrouver mon lit. Je n'ai pas une *mi* dessus... une *minute* de s... s... seconde, pas une seconde, vous savez. (Le mot « *dormi* » est tombé, devancé par le mot une, mais sa syllabe *mi*, résonnant dans l'esprit en même temps que la syllabe *mi* du mot *minute*, s'est fondue avec elle et a été exprimée pour son compte, etc.)

« Il y avait une gare, avec un grand concours de *bagageurs* » (c'est-à-dire voyageurs avec bagages). Mon concierge est un terrible ennemi ; j'aurais voulu que quelqu'un vienne voir chez moi ces gosses. On a écrit ici un rapport contre moi avec une expression rayonnante. »

Le malade, entré dans une description, cherche à l'éclaircir par un plan qu'il nous dessine ; le plan est orienté, bien entendu, par rapport à lui ; mais retournant le plan pour nous le faire lire (nous sommes de l'autre côté de la table) il ne s'aperçoit pas du renversement que la figure a subi ; et, de sa place, cherchant à le compléter, il y ajoute des traits dans le même sens que si le plan n'avait pas tourné.

Il accompagne ces traits des commentaires suivants : « Si on remonte de la rivière, en descendant jusqu'à la fenêtre par laquelle se sont introduits les petits... *enlevés*... Ce sont des gosses ignobles, infects, pas même habillés avec des poux (*sic*). Vous voyez la gare Montparnasse (peut-être celle qu'il appelait naguère la gare Magenta?) et l'eau passe comme si elle coulait vers nous, à la place où vous êtes. Donc ces gosses, d'après ce (que j'ai lu, s'amuse(nt) là, sur le bord de la rivière avec leurs pères et avec leurs mères, depuis un certain *document* qu'ils ont espéré de voler. Son père, sa mère et sa petite fille qui aurait pu dire, et moi j'aurais dit à cette petite fille : « Voulez-vous venir chez moi, nous nous amuserons. » En réalité dimanche j'étais loin de là, je ne suis pas sorti parce que j'avais pris trop de bromure qui m'avait affaibli les nerfs. « Si je connais les bromures ? Il y en a quatre. J'ai pris aussi de l'extrait thébaïque, du véronal, mais surtout des prép... parations de bromure. J'ai fait dimanche un excès de bromure. »

« Depuis combien de temps suis-je ici ? — Depuis deux jours. (c'est le deuxième jour). Je viens de passer ma troisième nuit (inexact). C'était hier le 21 (très inexact). Je vous ai vu (exact), le Dr Renard (?) était à côté de vous, un homme à barbe blanche (exact). Dimanche dernier c'était le 10, alors lundi c'était le 1^{er}, non ! »

Nous lui demandons de copier, dans un livre, une phrase. Il commence à copier avec application, puis, au cours de l'exécution, son attention s'accroche à la page adjacente dont il copie un fragment de phrase. Il ne s'aperçoit pas de l'erreur. Il en résulte les lignes suivantes : « Quelle est donc dans ces cas des causes de cette dépravation extrême qui frappe en cause de la dép... » Se relisant, il dit : « J'ai passé des mots, ça ne vous fait rien ? » Puis il ajoute spontanément « Il y a des interversions de mots. »

Questionné à nouveau sur l'adresse de sa sœur, il éprouve les mêmes embarras que la veille, et il conclut : « Sa résidence ? Elle en a certainement une de fixée. »

Nous l'engageons alors à écrire à sa sœur une lettre l'invitant à venir le voir. Il écrit : « Ma chère sœur, je désirerais bien te voir, mais je crains terriblement qu'il ne sera pas possible me viens surtout dans ces maisons. Mais je désirerais que t'm'avances (l'élision qui devait porter sur le mot *me* a porté aussi par avance sur le mot *tu*) trente-cinq francs. Je t'aime

toujours, ma grosse (un peu exagéré). Bien mes affections à M. Je vous embrasse tous. » Pour écrire cette lettre, nous lui avons donné la même feuille qui porte déjà sa phrase copiée et ses schémas, et qui en outre est un imprimé ; il n'y a fait aucune attention. Nous lui faisons remarquer que sa lettre est mal écrite, il veut la recommencer dans un coin de la même feuille, et il en résulte ces deux lignes : « Ma chère sœur. Je désirerais bien te voir, mais je crains qu'il ne seras pas possible que ce soit possible. »

Là, il s'arrête, et il nous dit spontanément : « Je suis fatigué d'écrire cette lettre, c'est la corrélation de l'idée à la pensée que j'ai du mal à... oui... » Il sourit, puis tombe dans une apathie assez prolongée. Après un très long silence, il désigne d'un geste nos papiers et dit : « J'ai perdu ce genre d'écriture-là, la copie. »

Il définit ses hallucinations visuelles « *des images libres, des idées sans concert apparent dans les objets qui se suivent* », « Je vois des fantasmagories, Charlemagne et ensuite Louis XI. Peut-être une idée de gloire les relie, puis cela deviendra des insignifiances, des gerbes, des vignes, des amours. » Quelquefois, les images sont toutes petites, quelquefois très grandes, grandes, grandes comme les murs, quelquefois plus.

« Il y a dans le nombre *beaucoup d'araignées* ; autrefois, elles me faisaient peur, mais plus maintenant. Autrefois j'ai eu des hallucinations de personnages, mais cette nuit, ceux que j'ai vus étaient bien réels ; si ce monsieur n'est pas entré réellement dans ma chambre, alors, c'est que les autres n'auraient jamais existé. »

Il parle spontanément d'illusions. « Quand je regarde un objet, il *remue*. Si je vois beaucoup d'objets étalés et que j'en regarde la portion que je puis apercevoir, ils me font l'effet légèrement de marcher. » A un autre moment, comme nous insistons pour savoir si les hallucinations visuelles sont plus nombreuses la nuit que le jour, après quelques incohérences il déclare catégoriquement : « J'ai plus de visions quand mon esprit s'arrête sur beaucoup d'objets. »

Les hallucinations auditives paraissent avoir été peu nombreuses. Le malade semble avoir fréquemment l'idée d'accusations portées contre lui, mais n'entendre que rarement des voix accusatrices.

« Le chef de la bande cherche à me dire des injures ; la bande porte bien des accusations en paroles, mais justement

je ne les entends pas. » Le malade dit avoir entendu les mots « cochon, pédéraste, tante », et bien d'autres encore, mais aucune phrase un peu longue due aux persécuteurs ne peut nous être citée; l'audition est donc exaltée, très certainement, bien moins que la vue.

Contrairement à notre première malade chloralique, H... nous dit ne ressentir ni picotements dans les doigts ni épaississement des lèvres, ni douleurs musculaires aiguës. Il aurait commencé ici seulement à éprouver quelques vertiges. Comme nous lui demandons depuis combien de temps sa parole est embarrassée, il nous répond : « J'ai toujours un peu bégayé, mais moins que maintenant. » Tremblement des doigts, détonations digitales; pouls, 80. Le malade a conscience d'une agitation musculaire morbide. « *Sans rien penser, j'ai besoin de me déplacer, je suis énervé.* Je l'ai éprouvé autrefois bien davantage; je faisais alors des excès de chloral. Le chloral vous donne un goût affreux dans la bouche. » Plusieurs fois, pendant l'interrogatoire, quand les bruits du service le frappent, le malade tressaille légèrement; nous lui demandons s'il a eu peur. « Oui, j'aurais peur si j'étais seul, mais je n'ai pas peur chez vous, parce que je suis en sûreté. De 10 heures du soir à 6 heures du matin j'ai été obligé d'évoluer contre mes apaches. »

Tout d'un coup, après avoir regardé derrière lui avec calme, il nous confie spontanément ceci : « Depuis que je suis ici, plusieurs fois j'ai eu la *sensation* que quelqu'un passait auprès de moi. »

Il parle à nouveau de sa neurasthénie. « Je n'ai pas dormi officiellement depuis deux ans et demi. Je souffrais moralement d'être seul, puis ma spermatorrhée me fatiguait et m'inquiétait au point de vue de mes relations avec les femmes. Les effets de la neurasthénie se multiplient devant une femme d'abord, devant *votre* femme surtout; avec une personne que vous payez, vous êtes toujours quitte, mais l'autre se sent lésée dans ses droits d'épouse. »

Le soir, vers 9 heures, nous venons l'observer dans sa chambre.

Il est extrêmement occupé à tourner et retourner ses matelas, moitié étalés et moitié entassés à terre. Nous apprenons qu'il a passé l'après-midi à ce même travail. Il reçoit notre visite avec plaisir et nous tire à part pour nous dire : « Voyez là, ces trois petits garçons tout petits, tellement petits, derrière la fenêtre, Tenez, en voilà un encore. Là, une grosse femme sur la paille-

forme (c'est-à-dire la pailleasse). Ça... ah! plus fort que cela. On a assujetti le lit avec des clous jusque-là, jusqu'à présent; ils ouvrent, et se représentent aussitôt l'étranger (sorte de psittacisme indifférent).

« C'est plein partout de fils et de bêtes qui *montent* (son geste donne l'idée d'un mouvement d'ascension uniforme et lent). Plusieurs injections, plusieurs pâtes, des sangsues. Il *doit y avoir* des gamins sur la place: ils *auront* fait un truc pour l'électricité.

« Là, tout de même la fin d'un rat que j'ai écrasé là, qu'ils m'ont fait sortir par ce trou, c'est de là que vient tout. Regardez ces insectes *qui montent*; des inss...sectes a...artificiels (tremblement). *Des insectes artificiels*. Tout ce qu'ils veulent est artificiel depuis... qu'ils veulent (la pensée s'est évaporée, des mots récemment prononcés reviennent pour fermer la phrase).

« Quand je suis arrivé dans ma chambre, j'ai vu l'aspect d'un lit beaucoup plus petit que d'habitude et dedans il y avait quatre hommes. » Il examine le mur, mais ayant d'avoir pu définir ce qu'il voit, il se détourne et dit : « On ne voit plus. »

Nous faisons alors éteindre la lumière électrique et nous restons, avec le surveillant et le malade, dans l'obscurité, sans parler. Le malade dit spontanément :

« Jean-Baptiste. Voilà des *gendarmes* de beaucoup de *gens*, parce qu'il y a un concours, une foule d'individus qui mettent deux minutes à faire le tour.. »

Il palpe notre manche et dit : « Je sens vos vêtements, c'est du velours (inexact), voilà une casquette avec visière de cuir (nous n'avons aucune coiffure).

« Je vois des outils et des instruments; la fenêtre a des carreaux détachés. »

Questionné sur les gens aperçus par lui, il dit : « Ces gens m'insultaient! Si je les entendais? Non, mais ils me le faisaient comprendre. Ils vous appelaient pédéraste? Non, ce n'est pas un mot connu dans le peuple.

« Une bête. Là des gens pour la fête, un homme sur une chaise. Deux petites filles. Un homme tout près. »

Nous saisissant par le bras, il dit : « Voilà un homme, je le tiens par le bras. » Comme nous lui répondons : « C'est moi », il réplique : « C'est qu'il est tout près de vous. »

L'instant d'après, palpant le mur, il dit : « Voilà une tige. »

« Je vois des étoffes sur le mur, des choses *canelées* qui

remuent. Voilà une église avec des rangs de chaises vides, des piliers et des grilles.

« Voilà des choses qui remuent d'une drôle de *famière* (c'est-à-dire façon et manière). » Au moment même où il nous parle d'individus évoluant autour de lui, il aperçoit dans la pénombre le surveillant, et semble n'y pas faire attention ; questionné, il répond : « C'est Monsieur que je connais, mais lui, il ne fait pas partie. » A un moment, debout près de nous, il nous prend la main, puis reste inerte et silencieux assez longtemps, gardant cette main. Il ne semble d'ailleurs pas inquiet, bien qu'il aperçoive des personnages.

On remarquera que dans l'obscurité le malade a vu plutôt des personnages et de vastes tableaux que de menues choses. La vitesse de disparition des images, et celle de leur renouvellement, étaient moindres qu'à la lumière.

Nous faisons de nouveau la lumière, le malade examine le mur : « On dirait une chaise en osier, c'est léger et c'est même plus clair. Mais, docteur, mettez-vous ailleurs, vous n'êtes pas à l'aise, voilà trop longtemps que vous êtes assis *sur la conforme* (c'est-à-dire la pailleasse).

« Un des principaux couples est sous les cabinets. Il ne peut pas sortir une cérémonie pour me faire goûter l'agrément qu'ils prétendent étudier mieux. Alors quand la chose sera complètement rapprochée, mais sortir par une voie qui doit donner par là. »

Il refuse de boire : « Je ne puis plus dormir ni manger. » Nous lui demandons à quel moment s'est passée telle chose : « C'est quand vous m'avez vu si en colère (à demi exact) brisant mon lit.

« Voilà une quantité de petites bêtes *suspendues* dans la chambre. Si elles grouillent ? Oui, quelquefois, *presque toutes sont artificielles*. »

Nous lui mettons en main notre carnet et un crayon en l'invitant à nous dessiner ses insectes, il y consent ; mais à chaque tentative, son attention est vite détournée, et il retombe dans l'apathie, sans doute fatigué par les efforts qu'il a dû faire pour se recueillir.

« Voilà leur petit machin sur la cheminée. Voilà des choses en or, disparues ; le type a eu juste le temps de passer la main.

« Voilà sur le mur des plaques *gravées* (il gratte le mur). Il y a *des dessins collés*, des têtes couronnées en uniformes (*sic*), Napoléon vous le voyez, une *panne* bleu, blanc, rouge. »

« Un homme en tube à côté de celui des hommes en tubes; Je crois qu'il y a beaucoup de monde dans l'assemblée, un petit garçon avec casquette brune et un pantalon bleu, il portait du lait à la main. Vous voyez cela comme moi-même; si quelque chose vous échappe...

« Ici ils ont pris la liste de l'Exposition des huit types qui sont entrés dans l'Exposition; tant pour l'Exposition que pour avoir les choses, tout ça toujours; comment l'appeliez-vous, ce garçon?

« Voilà des fleurs collées contre le mur, ce sont des fleurs artificielles, cela tient mieux; ce sont des pâquerettes.

« Du thym; des araignées jaunes écrasées, des choses écrites, troubles. Dans l'obscurité je ne vois jamais de ces insectes que je vois ici par centaines; c'est bien naturel, dans l'obscurité on ne distingue pas les petites choses.

« Tenez, des punaises grosses comme ça, ou quelque chose d'approchant. Une bête qui a été soignée. Tenez, des gosses, un, deux, trois, quatre à la fenêtre.

« En voici quatre qui s'éloignent; ils étaient tout près quand je les ai signalés.

« Ça sera la représentation qui doit avoir lieu chez moi. C'est fait pour donner une séance; il faut ouvrir la porte qui est là, et s'il y a pente glisser dans la Seine; on a essayé.

« Voilà un travail sur un terrain d'un millimètre cube (*sic*). Du terrain épais entre la mollié (*sic*) du pont et le coin, la moitié d'un plié complet par beaucoup de travail.

« Une jeune femme en gilet, en maillot.

D. De quelle hauteur?

R. Elle est toute petite; elle a huit ans. Peut-être une grande hauteur, je ne me rends pas compte. Celle-là était sur mon lit l'autre jour, l'autre aussi, je n'ai pas voulu les regarder, c'était dégoûtant.

« Ils dévissent cela; les triangles en bas; le supérieur se relève en haut.

D. Que voyez-vous ordinairement?

R. Des formes confuses avec quelquefois des traits éclatants, beaucoup de bleu clair. Je ne vois jamais la fin du... de leur corps.

D. Est-ce que parfois les gens vous entourent?

R. Non il passent. Encore des femmes. Jamais de ma vie je n'ai bien dormi, je n'ai jamais eu de forces. Tenez, regardez ça. Depuis treize ans j'ai, ma neurasthénie. Mon service

milli...llaire a été ma meilleure année (il sourit et nous regarde aimablement). »

Il gratte avec insistance ses jambes, les mollets surtout, et dit à plusieurs reprises : « J'ai les jambes pleines d'insectes. Tenez en voilà plein. »

« Pas cette tache-là... plutôt ce dessin ; ce sont des choses moitié écrites, moitié... (phrase inachevée, puis apathie).

« Voilà un gendarme avec un petit garçon, avec un officier *tout petit*. Voyez-vous les deux nageurs, leurs têtes remuent d'une façon pas naturelle. Ces deux têtes, il y a deux minutes, se sont quittées, donc c'est un tel, et cette espèce de machin jauné par la fenêtre, par la manière dont c'était avant, cette façon-là toute la salle.

« La même peinture ou celle-là. C'est le garçon (il nous désigne) qui l'a signé. Plusieurs *éloigneurs* (nageurs ?) s'éloignent ensemble.

« Voyez, on ne voyait pas tout à l'heure, du creux et du plat, des cristaux, du sable je crois. Ils sont transparents et viennent d'apparaître ; jusqu'ici vous avez vu des baigneurs. Il brillait, brillait, brillait, et là nous avons vu des marins. C'est le dessin, non ce n'est pas le même sujet là-dessous. »

Nous quittons la cellule, il reste seul et nous l'observons en cachette. Il nous déclare, quand nous sortons, que ses personnages vont venir, qu'il est en danger : « C'est un véritable suicide, je ne peux pas coucher là. » Mais son inquiétude est bénigne, comparativement à l'anxiété et à la panopobie alcooliques. Cette inquiétude n'évoque d'ailleurs, durant notre disparition, aucune hallucination visuelle terrifiante, elle nous paraît même diminuer spontanément pour faire place à une apathie mêlée d'hallucinations microscopiques.

Comme nous rentrons, le malade nous parle d'un goût amer « pareil à celui qui suit l'absorption du chloral ; *quelquefois je sentais ce goût seize jours après* ; cette nuit les odeurs et le goût ont disparu.

« Vous les voyez toujours, les différents sujets ont légèrement varié. De la *formation formante*, elle se *forme*, prenez donc la main, c'est du papier qui va durcir et qui devient de la pierre. Ici c'est de la pierre, là encore cela a l'air d'étoffe. Ici dans cinq minutes *nous allons avoir* des personnages en pierre comme ici.

« On a vu une plage avec trois personnages bretons et la mer ondulante, nous l'avons vu, c'est indubitable. Dans la

deuxième édition, l'autre immédiatement enveloppait toute la frise, c'est donc un système différent de styles et de formes appartenant un peu à tous les styles.

« Ah c'est une représentation du voyage pour aller à Liège. »

Nous demandons de nouveau au malade s'il voit plus ou moins d'images dans l'obscurité; il répond : « Vous voulez dire sans lumière, j'ignore qui vous avez amené, quatre ou cinq sont sortis, mais sans être reconnus (désignant notre cahier de notes) : de combien me suis-je trompé dans le compte des noms de votre nomenclature ? »

« Je ne peux pas coucher là, mettez-moi ailleurs, Voyez cette devanture, elle était gris vert comme de l'autre côté, vert métal en pierre creuse et en pierre solide. Tenez, un petit point rouge, rouge, rouge, compris dans le.. (phrase inachevée; inertie). »

Il gratte les parois de sa cellule ou ses matelas avec ses ongles, comme pour en détacher quelque chose. « Voilà des gouttes d'eau, des couteaux, des fourchettes et cuillers, elles ne bougent pas, c'est le type probablement. Le type les hypnotise. Tiens, *les voilà disparus tous avec la même facilité merveilleuse*. Cela alterne avec des fleurs, des plantes, des femmes, des plantes aquatiques, comment donc, des... des... nénuphars. Un petit bateau avec ses voiles, de petites... *en papier gommé*, vous les voyez ress...sortir. De cette cariole, est sortie une femme, un homme et une femme. Elles montent en voiture, une eau où la chose est projetée de tous côtés; tous ces *changements de photographies* en trois quarts d'heure. »

Nous lui demandons : « Cela vous occupe ? » Il nous répond, avec une nuance de mécontentement : « Oh, ne me dites pas cela. » Puis il s'irrite, et avec une véhémence inattendue il nous dit : « Vous avez considéré cependant des choses extraordinaires, et vous ne voulez pas me tirer de là ! »

Subitement encore il se calme, et il nous dit en confidence : « Ils savent que vous êtes trois. » (Nous ne sommes que deux avec lui dans sa cellule.)

Le lendemain, nous lisions au rapport : « H... a passé toute sa nuit à regarder des petits insectes sur les murs. Il criait quelquefois parce qu'on lui avait *jeté des ordures* tout autour de sa chambre. On a enlevé, dit-il, les traverses du pont pour le faire tomber à l'eau, on voulait le tuer et il se mettait à crier au secours, demandant à ce qu'on le changeât de chambre, car il lui était trop pénible, disait-il, de passer la nuit dans un trou pareil. »

Il dit, en nous voyant un crayon à la main : « Bon, prenez des annotations ; je voulais que l'autre docteur en prenne ; il vient des *types armés de couteaux*, je tiens à ce qu'on en fasse un rapport. Ce soir est mon dernier jour, je serai irrévocablement porté à la Seine, par ici, où il y a un petit couloir caché. Je vais *tailler dedans*. Il y a quelque chose de monstrueux ici, c'est de se refuser à ouvrir les yeux, il y a ici des gens enfermés au-dessus de chaque cellule ; tenez, voyez cette tête qui paraît d'un cadavre, vous la voyez ? Vous l'avez vue ? C'est quelque chose d'affreux, un être qui est un cochon et un homme tout à la fois. Quand on n'arrive pas à temps, *ils disparaissent avec la plus extrême rapidité*. Ouvrez ces sacs-là (les paillasses), il y a des hommes là-dedans. *Pour ne pas perdre de temps* ils font des trous de lapins comme dans le sol. Je ne vois que des changements perpétuels, des changements de tableaux et de visions. Si on veut boire beaucoup il faut être le patron. Eh voilà encore. *Ils descendent et ils montent* (pour les contempler le malade reste assez longtemps immobile).

« Voilà *des fils*, des fils tellement fins que *je les sens bien*, je les vois aussi. Regardez sur la partie grise du panneau. Tenez, là, c'est le Président de l'Association que vous allez voir, parti ! c'est ennuyeux de ne pas arriver à faire voir à des gens l'état de ce qui est ici. »

D. Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. Depuis dix jours (la même question a été posée plusieurs fois déjà, le malade a toujours répondu par un chiffre excessif).

EXAMEN PHYSIQUE. — Pupilles égales, de dimensions moyennes, avec réaction ralentie et diminuée. Réflexes rotuliens très exagérés. Tremblement des doigts et de la langue, trémulations passagères de l'orbiculaire des lèvres. Cœur, 76 et 80, choc normal. Respiration normale quant au rythme et aux bruits.

Transféré à Sainte-Anne, René F... guérit rapidement de son chloralisme ; les hallucinations visuelles disparurent en quatre ou cinq jours ; mais un état de dépression avec hypochondrie subsista quelques semaines. Deux mois après son admission il était remis en liberté. — (D^r Simon et Vallon).

Quelques mois plus tard (janvier 1908) nous avions l'occasion de demander à René H... quels souvenirs lui étaient restés de son délire ; il entra très volontiers dans le sujet. « J'étais dans cette cellule, ou une autre toute pareille. J'avais fréquemment l'illusion que cette porte et cette fenêtre s'ouvraient. Je voyais

à ma droite un gouffre, au fond duquel était la Seine ou toute autre rivière, et des malfaiteurs me disaient qu'ils y jetteraient mon cadavre. Ici à ma gauche, au lieu du mur plein, je voyais un mur percé de soupiraux très rapprochés, par où des gens me parlaient et me disaient que j'allais mourir, mais qu'auparavant il fallait que je voie défilér le summum des jouissances humaines. Des hommes et des femmes se faisaient sous mes yeux mille choses d'amour, « tout ce qu'il y a de meilleur sur la terre », me disaient-ils; et moi je cherchais à les toucher, sans y arriver, malheureusement; j'étais d'ailleurs persuadé qu'à la fin de tout je serais jeté dans le fleuve. Les personnages figurant dans ces représentations pouvaient mesurer en général de 40 centimètres à 1 mètre. D'autres personnages m'apparaissaient grandeur nature, ceux-là étaient plus remuants et voulaient s'occuper de moi à tout prix.

« Si vous m'avez vu occupé à retourner sans cesse mon matelas, c'est parce que je croyais toujours y entrevoir un homme et une femme, jouissant et me faisant enrager. — A Sainte-Anne mes hallucinations ont disparu *en quatre ou cinq jours*. Je voyais dans le dortoir des choses confuses, des feuillages, *des tiges pendantes*; je me rappelle avoir dit: enlevez-moi ces plantes-là. J'ai cru voir dans la nuit une vaste suspension, après laquelle des hommes grimpaient pour la nettoyer; on la faisait remonter et descendre. Je me disais: où m'a-t-on emmené? Je me livrais à des déductions sur ce sujet: et, trouvant aux gardiens un aspect militaire dans le genre des pompiers de province, je supposais qu'on m'avait mis provisoirement dans quelque caserne de pompiers, pour quelque raison que j'ignorais. — Je me rappelle aussi qu'au début je me croyais aussi accusé ou soupçonné d'outrages aux mœurs; on envoyait des petits garçons autour de moi pour pouvoir ensuite me calomnier; probablement tout cela provenait de ce que j'avais eu l'esprit occupé par l'affaire Soleilland. — Au moment de ma première arrestation on a dit que j'avais mis le feu par folie, c'est complètement faux. Voici ce qui s'est passé exactement: Me trouvant enfermé à jeun depuis au moins trois jours, j'ai voulu me lever pour manger ou pour demander à manger; j'ai pris ma lampe, et j'ai voulu l'allumer étant encore dans mon lit; mais ma faiblesse était telle que je suis tombé avec ma lampe. J'aurais éteint le feu moi-même si j'avais eu de l'eau, mais je n'en avais pas dans ma chambre; j'étais trop faible pour aller en chercher, trop faible aussi pour

descendre les escaliers; j'ai donc dû appeler au secours par la fenêtre et la porte, il m'aurait été impossible de marcher dans les escaliers. J'ai toujours expliqué la chose ainsi dès le premier soir. »

IV

Essayons maintenant de dégager les caractéristiques de ce délire.

A. — *Hallucinations visuelles.* — Ces hallucinations nous paraissent pouvoir être réparties en deux groupes : les images de contenu indifférent et les images de contenu significatif. Les premières sont généralement petites et surgissent en séries, généralement à la lumière. Les autres sont animées, mouvantes, de dimensions plus étendues ; ce sont de beaucoup les moins nombreuses, et contrairement aux précédentes elles se manifestent souvent dans l'obscurité.

I. — Les hallucinations de petite surface sont les plus caractéristiques. Elles figurent des objets de 3 à 30 centimètres, le plus souvent de 10 à 20. Ce sont des insectes, des fils, des images géométriques, des têtes, des ornements, des inscriptions, des pièces de vêtement. Les contours sont remarquablement découpés, souvent anguleux. L'aire des figures est remplie elle-même de petites lignes, de façon à donner la sensation d'une certaine texture (rayures, canelures); la disposition en treillis abonde (vannerie, filigrane, grillages quadrillés, fouillis de chaises); le sens dominant est souvent la hauteur (lignes verticales, fils suspendus, petites bêtes suspendues, tiges aquatiques, un machin vertical, sangsues pendantes). Le relief est généralement absent, la plupart des images sont plates.

Le malade les dénomme ainsi :

« Des étoffes appliquées au mur, des dessins collés,

des fleurs collées, des choses collées, des peintures signées, des travaux de peintres décorateurs, des inscriptions, des inscriptions, des frises, des styles (*sic*) des araignées écrasées. » (Platitudes, géométrisme et imprécision réunis.) *Les images sont situées généralement à hauteur du regard* ; elles naissent sous le regard et ne l'appellent point ; leur distance est de 1 à 3 mètres, elles adhèrent au mur ou au sol. Le malade ne voit pas d'insectes sur les objets très rapprochés, sa manche par exemple : ce qui le distingue de l'alcoolique délirant aigu ou de l'alcoolique confusionnel aigu ; d'autre part, il n'en voit pas non plus dans le lointain, il en voit rarement au haut des murs ; donc, d'une part, les images s'appliquent aux surfaces environnantes ; d'autre part, les surfaces situées aux distances et hauteurs susdites se recouvrent presque seules d'images. Les places du mur et du parquet qui présentent des linéaments ou des taches sont recouvertes d'hallucinations le plus fréquemment. Les objets aperçus ne sont pas toujours petits par nature ; parfois ils sont vus rapetissés (1). Ainsi trois petits garçons tout petits, une jeune femme en maillot toute petite, un officier tout petit. Parfois l'échelle n'est pas réduite, mais l'objet est vu incomplet, tronqué, « la fin d'un rat ; trois bustes d'enfants ; je ne vois jamais la fin de leur corps » ; l'objet semble subdivisé, « l'enfant est derrière des carreaux ».

Quant aux couleurs, elles semblent vagues, bien que parsemées de traits accentués et de points voyants. Les surfaces sont bleu, vert, gris vert, vert métal, parfois jaune, les accents sont rouges ou dorés.

Chacune des images surgit rapidement, mais non soudainement ; elles s'ébauchent et se complètent en une

(1) V. Raoul Leroy. Hallucinations lilliputiennes. *Soc. méd. psych.* Séance de juillet 1909. (*Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1909, p. 278).

seconde ou moins; parfois elles s'effacent sans avoir pris de forme reconnaissable; elles durent, le plus souvent, trois à six secondes, et leur disparition est brusque. L'attention même du malade ne suffit pas à les retenir. « On ne voit plus; les peintres décorateurs ont tout effacé, quand j'ai voulu ramasser le pinceau; quand on n'arrive pas à temps les choses ont disparu, le type a disparu. C'est ennuyeux de ne pouvoir faire voir, on croit que je me trompe. Ils disparaissent avec la plus extrême facilité. »

Les images (nous parlons d'images indifférentes) ont peu de tendance à se déplacer. Il en est quelques-unes qui montent, d'un mouvement uniforme et lent. D'autres se déplacent un peu sur la droite ou la gauche, celles-là sont tout près de disparaître, elles ne grandissent pas, ne rapetissent pas, elles ne se transforment ni graduellement ni rapidement en d'autres images; aussitôt devenues troubles elles disparaissent.

Elles ont par contre quelque tendance à remuer sur place; les surfaces se froncent ou scintillent, les appendices vibrent ou se balancent, les insectes remuent les pattes; et ces mouvements secs, incessants, saugrenus, s'ajoutant à des formes inusitées, donnent l'impression de l'artificiel. « Ces insectes sont artificiels, leurs mouvements ne sont pas naturels. »

Parfois plusieurs petites images apparaissent simultanément. Il s'agit le plus souvent de choses inertes, « des outils et des instruments, un pantalon, des chapeaux, des fleurs, des plantes, des nénuphars ». Là encore nous trouvons soit la dispersion des motifs, soit le pêle-mêle des lignes, et en même temps l'absence d'idée directrice. Le champ dans lequel sont groupés ces divers motifs atteint très rarement 2 mètres de largeur, nous semble-t-il; sa hauteur est encore bien plus restreinte.

Ces images se montrent en séries où les motifs se suivent de près ; mais il est excessivement rare que les images procèdent l'une de l'autre, elles ne s'appellent ni par la forme ni par le sens.

Chaque image dure de trois à six secondes, généralement ; le temps de vacuité qui leur succède est bien plus long.

L'absence d'idée directrice n'empêche pas le retour de certains motifs ; ce sont, le plus fréquemment, non des motifs entiers, mais des genres de linéaments qui se reproduisent (quadrillages, etc.). Les retours ont lieu à de longs intervalles sans causalité perceptible.

Les images n'intéressent en rien la pensée actuelle du sujet, elles ne font pas souvent partie de son répertoire usuel d'idées. D'autre part, une fois apparues, elles n'accaparent pas vivement son intellect, elles n'influencent pas son humeur. Ce sont bien, suivant l'expression de notre malade, *des images libres*.

Leur indépendance respective, leur instabilité, leur renouvellement rare nous semblent procéder de trois données : autonomie très grande du système sensoriel, provocation illusionnelle, auto-suggestibilité très faible. Leur fréquence, indéniablement plus grande à la lumière, nous semble être en rapport avec ces mêmes données.

2. — Il existe un deuxième groupe d'hallucinations plus grandes, occupant des espaces plus larges et souvent aussi plus profonds. Elles se produisent presque exclusivement dans l'obscurité. Elles forment des tableaux fantasmagoriques. Parfois, elles comprennent des figures à grands déplacements et sujettes à transformation. Elles sont fréquemment inquiétantes, montrent quelquefois un rapport avec le passé du malade et semblent durer davantage que les images de petite surface. Ces grandes images résultent certainement d'une suggestion endogène (anxiété et corps de délire).

Parmi les tableaux fantasmagoriques, que le malade contemple avec calme, nous citerons l'intérieur d'église avec ses rangs de chaises et ses grilles, les personnages bretons, la foire, la course en rond. Nous retrouvons dans ces tableaux la tendance au fouillis et au grouillement déjà remarquée; mais la largeur du champ visuel, la projection en profondeur sont des caractères nouveaux, favorisés, selon toute vraisemblance, par l'obscurité.

3. — Une troisième catégorie d'images, beaucoup plus vagues, occupe l'esprit du malade; ce sont des données *plutôt pensées que vues*, et qui produisent la conviction qu'une scène se passe sans que le malade contemple cette scène; il est impossible de savoir de lui s'il l'a entrevue un instant comme réelle, ou s'il la conçoit seulement comme possible: « Il y a des gens derrière un mur, un souterrain conduit à la rivière, etc. » Ces *convictions* ne reposent pas sur des hallucinations visuelles précises, mais sur des « imaginations », c'est-à-dire des images pensées et non objectivées au moment où elles se sont produites. Elles sont, qu'on nous permette le mot, le résultat d'un *onirisme idéatif*, tandis que les images précédentes ressortissaient à l'*onirisme visuel*. Le caractère idéatif se manifeste dans une incertitude spéciale; le malade *suppose* que telle chose existe; elle *doit* exister; elle *va* exister; elle *a* existé. Les dubitatifs, les futurs et les passés abondent. Ce genre de conviction n'est pas spécial à notre cas; il existe à quelque degré dans tous les délires hallucinatoires, plus spécialement les oniriques; nous allons le retrouver dans le domaine auditif.

4. — Parmi les images de petite surface, plusieurs ont figuré *des inscriptions*. Le sens de ces dernières a été le plus fréquemment indifférent et saugrenu; parfois cependant il se rattachait au délire; il a pu ainsi

devenir injurieux, enfin il a pu exprimer des reproches fondés (par exemple le mot « pédéraste »), et par conséquent des auto-accusations; c'était au moins de l'accusation transposée dans le domaine visuel. Nous ne nous rappelons pas avoir rencontré, dans les délires alcooliques, ces *hallucinations accusatrices visuelles*. Nous les avons démontrées très nettes chez un aveugle persécuté, qui avait vu.

Dans le domaine visuel, nous noterons encore que les illusions ont présenté chez nos malades une abondance et une acuité qu'on ne constate pas au même degré dans l'éthylisme, ni peut-être même le cocaïnisme; les délires dus aux solanées sont riches, par contre, en illusions. L'illusion du mouvement des choses est allée fréquemment, chez nos chloraliques, jusqu'à l'animation de celle-ci (dialogues des choses) (1).

Fait notable, l'illusion était reconnue comme telle, le plus souvent, dès sa naissance. « Les carreaux me paraissent détachés. Tout à l'heure mon lit m'a paru plus petit. Les objets remuent dès que je les regarde. »

Dans le récit que le malade nous a fait de son délire, après neuf mois, le lecteur a pu observer que *les hallucinations d'ordre dramatique avaient laissé bien plus de souvenirs que les visions décoratives*. Il en a été de même pour notre première malade. Cette donnée est conforme aux lois générales de l'esprit : l'émotion et l'idéation fixent les souvenirs, et les motifs décoratifs s'accompagnaient d'un état d'âme indifférent.

(1) Notre ami regretté, le Dr G. Wallet, avait observé, chez une hystérique, un délire d'illusions visuelles avec interprétations cohérentes, constituant tout un scénario. Les meubles et objets d'ornement, suivant leur forme et leur emplacement, semblaient se regarder, s'isoler, ou converser. « La théière regarde dans la tasse, etc. » Chaque mouvement, chaque pensée prêtée à un objet étaient, paraît-il, assortis étonnamment à ses contours.

Le malade a distingué lui-même deux ordres d'images, les unes grandes, mouvantes, évoluant autour de lui et contre lui, les autres mesurant seulement de quelques centimètres à 1 mètre, et d'un intérêt purement visuel. Il a observé leur raréfaction dans l'obscurité absolue, et leur pullulation dans le demi-jour, ou à la lumière artificielle.

B. — Hallucinations auditives. — Celles-ci nous ont paru être peu abondantes. Elles semblent avoir fait défaut spécialement durant les séries d'hallucinations visuelles indifférentes ; elles ont rarement accompagné les hallucinations visuelles inquiétantes. Les personnages hallucinatoires n'ont pas crié, n'ont pas apostrophé le malade, ont échangé peu de phrases entre eux. Bien des bruits qui ont fait peur au malade n'ont pas provoqué d'illusions auditives. Tout autres sont les habitudes des acteurs du drame éthylique.

Souvent l'hostilité est vague, le bruit des injures imprécis : « Des personnages donnent à entendre que... on a fait courir le bruit que... il comprend que... il croit que..., il doit y avoir eu une canonnade, etc. » Ici encore nous serions tentés de dire qu'il s'agit de choses pensées plus qu'entendues, et de mettre ces *imaginations auditives* en parallèle avec les *imaginations visuelles* mentionnées plus haut. Elles sont fréquentes dans les onirismes divers et les états mélancoliques.

C. — Anxiété et subanxiété. — Les paroxysmes, pour qui connaît les panophobies et raptus alcooliques d'une part, d'autre part les grandes crises mélancoliques anxieuses, paraîtront forcément bénins. Le malade ne lance pas d'appels aux secours pressants, ne frappe pas violemment sa porte, ne lutte pas avec ses ennemis, ne s'abrite pas, ou, s'il le fait, ce n'est ni avec une véhémence

mence, ni avec une persistance maxima. Fréquemment la crise d'inquiétude est *indépendante*, en ce sens qu'elle ne coïncide pas avec une bouffée hallucinatoire. Notre malade reste, au cours des crises anxieuses, remarquablement abordable, il est facile de le raisonner, de le calmer et de le divertir, il reste susceptible d'un certain jugement ; enfin les crises sont plutôt courtes. Fait remarquable, l'anxiété chez notre malade ne fait pas pulluler les hallucinations. Ce fait vient à l'appui de nos remarques : la suggestibilité sensorielle (hétéro et auto-suggestibilité) est peu développée ; des points de départ illusionnels sont le plus fréquemment nécessaires à la genèse des hallucinations. Dans les moments de frayeur, les personnages fantasmagoriques ne deviennent ni plus nombreux, ni plus rapprochés, ni plus menaçants ; c'est leur souvenir qui inquiète le malade, beaucoup plus souvent que leur présence.

D. — Troubles divers. — Le malade ressent un goût métallique, qui semble provenir du chloral, non du bromure. Les troubles de l'odorat semblent d'ailleurs l'emporter sur ceux du goût (gaz asphyxiants, odeurs d'explosifs).

Le tact est grandement perturbé ; dans l'obscurité, le mur plat paraît être une tige, du drap est pris pour du velours ; la main palpe une casquette totalement absente.

Les troubles de la sensibilité générale sont relativement assez peu marqués ; le malade ne se dit ni empoisonné, ni transpercé, etc. Nous avons constaté un trouble de la localisation dans l'espace. Dans l'obscurité, le malade touche une personne, soutient à cette personne que ce n'est pas elle qu'il touche, croit être par conséquent en présence de deux personnes, et notamment ne localise pas la voix de son interlocuteur

où elle doit être. Cette erreur est peut-être le résultat de troubles à la fois idéatifs et sensoriels (identification, orientation).

Par contre, nous rapprochons surtout des troubles sensitifs cette curieuse *impression de présence* que notre sujet a plusieurs fois accusée (quelqu'un passe près de lui, derrière lui, quelqu'un est dans l'obscurité, il le tient). Une impression de ce genre semble constituée par l'addition de paresthésies infinitésimales nombreuses, et favorisée par la présence d'un sentiment fort (ici la crainte). Elle a été notée chez les mystiques (Bernard Leroy) (1). Nous l'avons rencontrée chez un persécuté aveugle (affinement des sensibilités cutanées, etc.) et dans des onirismes divers.

Notre malade a conscience de la maladie plus que les confus ordinaires ; si le sentiment de malaise général est intermittent, en revanche le trouble de l'idéation est presque constamment senti.

Notre malade n'a pas présenté de ces sentiments intellectuels si fréquents dans les confusions et onirismes, étonnement, dépaysement et doute (voir plus haut) ; il n'a pas de fausse reconnaissance. Peut-être l'usage fréquent qu'il fait des temps passés et du futur se rapproche-t-il pour une part du sentiment de doute (ce qu'il conçoit est conçu comme vague, donc non actuel) ; peut-être le sentiment d'appréhension est-il aussi à la source de certains futurs. On rencontre ces futurs assez souvent dans les accalmies de l'alcoolisme aigu ; « ils ont remis mon affaire à demain ».

Nous avons signalé déjà une expansivité verbale : elle se relie pour une petite part, croyons-nous, à un besoin

(1) Eug.-Bernard Leroy. Interprétation psychologique des visions intellectuelles chez les mystiques chrétiens. *Revue de l'Histoire des religions*, t. LV, n° 1 (janvier-février 1907), p. 150.

de sympathie. Pour la plus grande part, elle résulte d'une excitation psychique et psycho-motrice ; le malade éprouve le besoin d'énumérer ce qu'il aperçoit, de décrire ce qu'il contemple ; de confier ce qu'il craint. Le mécanisme n'est pas purement verbo-moteur ; *il est particulièrement affecté à la description des hallucinations*, son débit est monotone, souvent apathique ; il s'arrête dans l'obscurité et aussi dans la solitude. Il diffère donc beaucoup des bavardages maniaques.

(A suivre.)

DÉLIRE AIGU

AVEC

SYNDROME CHORÉIQUE ET MORT SUBITE

PAR LES DOCTEURS

RÉMOND (de Metz) et VOIVENEL

Professeur

Chef de clinique

des maladies mentales, à la Faculté de Toulouse.

Pour Ball et Mairet la folie choréique a une personnalité propre et Marcé met la chorée et ses troubles psychiques sous la dépendance du rhumatisme.

Pour Séglas (1887), au contraire, les troubles mentaux au cours de la chorée ne dérivent que du tempérament nerveux des malades.

Joffroy (1) et Breton (1893-1894) donnent la part la plus importante à la dégénérescence et à la puberté, « produisant par son action sur deux régions différentes du système nerveux : une folie musculaire (chorée) et une folie psychique (manie) ».

Depuis les travaux de Mœbius (2) on admet volontiers aujourd'hui que l'infection est la cause prédominante de la chorée avec troubles mentaux,

Dès 1891, Henri S. Berkley (3) avait donné l'ob-

(1) Joffroy. De la folie choréique. *Semaine médicale*, 25 février 1893, p. 89.

(2) Mœbius. Sur les troubles mentaux de la chorée. *Münchener medic. Wochenschrift*, nos 51 et 52, 1892.

(3) H. S. Berkley. Un cas de chorée avec troubles mentaux. *The John Hopkins Hospital Reports*, août 1891.

servation d'une jeune fille de vingt-sept ans prise de mouvements choréiques intenses, puis de troubles mentaux, et qui succomba au bout de deux mois avec des signes d'endocardite signée.

A la séance de la Société de psychiatrie du 21 janvier 1909, Claude et Lhermitte (1) publient l'observation d'une débile alcoolique morte par septicémie après avoir présenté pendant une vingtaine de jours un syndrome choréique avec troubles mentaux.

Dans notre cas, l'évolution est encore plus rapide et la malade succomba douze jours après l'apparition du syndrome choréique.

Dans ces trois observations, comme dans la plupart des cas de chorée grave publiés par Barié, Dupré et Camus (1904), Sergent et Babonneix (1904), Dieulafoy, Dyvrande, Léauté (1905), Méry et Babonneix (1907), les mouvements choréiques apparaissent en même temps que des symptômes d'infection, s'amplifient assez rapidement et disparaissent quelque temps avant la mort.

Avant d'affirmer l'origine infectieuse de la chorée et de ses troubles psychiques, une précision s'impose : c'est, comme le dit Claude, la nécessité de distinguer avec soin les cas de chorée vraie de Sydenham à évolution subaiguë des cas très nombreux de syndrome choréique ou choréiforme à évolution aiguë rapide.

La meilleure division est celle de Leroux et Grenet qui admettent trois groupes de troubles psychiques dans la chorée :

1° Troubles légers de l'attention, du caractère et de la mémoire, dépendant indiscutablement de la chorée de Sydenham.

2° Délires hallucinatoires surtout d'origine toxique.

(1) Claude et Lhermitte. Syndrome choréique avec troubles mentaux et mort. *Encéphale*, février 1909, p. 163.

3° Folie choréique liée surtout à la dégénérescence mentale.

Dans le cas que nous publions, les troubles mentaux et choréiques, qui tiennent à la fois des deux derniers groupes de Leroux et Grenet, dérivent de l'infection et de la dégénérescence.

L'infection est démontrée par un état fébrile, de vagues douleurs articulaires sans réaction inflammatoire des articulations, des urines rares, foncées et albumineuses; une teinte subictérique des conjonctives.

La dégénérescence est démontrée par l'alcoolisme du père, la folie de la sœur de la malade qui fut internée, de nombreux signes physiques de dégénérescence et un état psychique qui fut toujours particulièrement instable.

Enfin, dans notre cas, comme il est de règle dans les cas de chorée où coexistent l'infection et les troubles mentaux, le pronostic est très sombre.

OBSERVATION. — M..., Marie, quarante-neuf ans, culottière, entrée à la clinique des maladies mentales le 28 mai 1909.

La mère, arthritique, est morte à quatre-vingt-quatre ans; le père était alcoolique.

La sœur de la malade a été internée et présentait de la mélancolie avec idées de persécution.

La malade a été nourrie au sein par sa mère; elle s'est mariée à dix-huit ans et a eu deux enfants d'un caractère très vif, dont l'un présenta des convulsions au moment de la première dentition. Fluxion de poitrine, il y a une dizaine d'années.

Sujette aux migraines, la malade est d'un caractère très vif. Il y a une vingtaine d'années, elle subit l'influence d'une mégère qui se prétend spirite et qu'elle va revoir souvent. Depuis lors, de temps en temps, elle se met à pousser des cris inarticulés, sa face se congestionne et ses membres sont animés de tremblements. Ses yeux semblent sortir de l'orbite et la malade a fréquemment des émissions d'urine après ces crises qui apparaissent à la moindre contrariété et souvent au moment des règles.

Au demeurant, elle est excessivement sensible et s'émotionne facilement devant les petites misères d'autrui ; elle pleure à la moindre des causes.

Elle travaille avec sa fille et s'attriste, se croyant très diminuée au point de vue de sa capacité de travail.

Son mari meurt il y a un an. Dès ce moment, les crises augmentent de nombre. L'instabilité mentale s'exagère.

Puis, sa fille, mariée depuis peu, la met à la portion congrue et lui refuse de l'argent pour acheter du tabac à priser, ce qui l'affecte particulièrement.

Elle veut se faire revendeuse et cette idée l'agite.

Enfin, sa fille prend subitement la détermination de la quitter et lui enlève ses meubles.

La malade se met à crier, et, malgré le mauvais temps, le 23 mai, parcourt les rues de Toulouse au hasard.

Le 28 mai, elle tente à deux reprises de se jeter sous un tramway et elle est amenée d'urgence par la police à la clinique.

A son entrée on constate :

ÉTAT PHYSIQUE. — *Quelques signes de dégénérescence* : oreille de Morel, voûte du palais extrêmement ogivale, dents mal implantées, face asymétrique : côté droit plus petit que le côté gauche.

Un état infectieux : pouls à 104, urines foncées avec des traces d'albumine, teinte subictérique des conjonctives, langue saburrale, mauvaise odeur de l'haleine, température 38 degrés.

Un syndrome, choréique qui s'exagère les deux premiers jours. Les membres sont agités d'une manière désordonnée. La malade ne peut pas rester immobile et elle fait des grimaces continuelles.

Elle ne peut seule ni manger, ni boire.

Par moments, cet état choréique est masqué par une agitation extrêmement violente pendant laquelle la malade crie et hurle. On est obligé de mettre la camisole de force ; malgré cela, la malade continue à trembler et à s'agiter, se faisant dans la région orbitaire droite une ecchymose en se frappant contre le rebord du lit.

LES TROUBLES MENTAUX sont caractérisés par du délire aigu hallucinatoire. La malade présente des hallucinations visuelles, voyant tantôt des choses terribles qui la rendent anxieuses tantôt des choses agréables. Elle a aussi des hallucinations auditives.

Elle tremble continuellement d'une manière désordonnée,

puis par moments s'agite terriblement; se précipitant sur le sol en criant et se couvrant d'ecchymoses. Le délire est incohérent et les paroles sans suite. La malade dit des mots orduriers.

Le 30 mai, température 38°8, pouls 110.

Le 2 juin, l'agitation est moins marquée, les mouvements choréiques diminuent. Le pouls toujours rapide est plus faible et dépressible avec tendance à l'embryocardie.

Le 3 juin, la malade crie moins et n'a plus de mouvements choréiques sauf par moments.

Le 4 juin, elle est évacuée à l'asile de Braqueville où elle meurt presque aussitôt d'une syncope.

A cause de la présence des ecchymoses le médecin directeur refuse de délivrer le permis d'inhumer.

L'autopsie, faite par M. le professeur de médecine légale Guilhem, démontra que la malade avait succombé à une myocardite aiguë.

Le poumon gauche présentait de la congestion et des adhérences pleurales récentes.

L'écorce cérébrale présentait des plaques de ramollissement aigu avec un foyer hémorragique à l'angle de la sylvienne gauche.

Indépendamment de sa valeur au sujet de l'étiologie infectieuse du syndrome choréiforme et des troubles mentaux accompagnant ce syndrome, indépendamment de l'intérêt qu'elle présente au sujet de la mort des maniaques aigus qui succombent souvent à des lésions cardiaques dues plutôt à l'infection qu'à la fatigue, cette observation présente une réelle valeur médico-légale.

Le refus d'inhumer a été refusé et, au premier abord, étant donné le nombre des ecchymoses on pouvait supposer que la malade avait été brutalisée. Or, dans ce cas, non seulement les ecchymoses étaient inévitables à cause de l'extrême agitation de la malade, mais encore les lésions cérébrales troublant la trophicité des tissus en facilitaient l'apparition.

En résumé, l'infection a créé :

1° *Un état choréiforme* chez une dégénérée, et l'on peut admettre à ce sujet l'hypothèse de Joffroy d'après laquelle la chorée est la manifestation, à l'occasion de l'infection, de la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur (Comby, Perret et Devic, Leroux).

2° *Un délire aigu* ne devant aucune de ses caractéristiques à la chorée et nettement toxique.

3° *Des lésions cérébrales et cardiaques*, cause de la mort subite et cause aussi, par l'agitation extrême de la malade, des échymoses qui peuvent prendre à tort dans les cas analogues une grosse valeur médico-légale.

HYPOTHERMIE

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

SANS ICTUS NI AGITATION; SURVIE

Par le Dr Jean LÉPINE

M. André Collin a rapporté dernièrement à la Société médico-psychologique (séance du 24 mai 1909) un cas de mort avec hypothermie au cours de la paralysie générale, à la suite d'une période d'excitation. On sait d'autre part que dans les observations analogues qui ont été antérieurement publiées, l'algidité, qui précédait de peu la mort, est apparue soit liée à un ictus immédiatement antécédent ou consécutif, soit à une période d'agitation. Ainsi chez les deux paralytiques généraux qui firent l'objet d'une communication de Joffroy au Congrès de Limoges, en 1901.

L'hypothermie que nous avons observée récemment chez un paralytique général est survenue sans agitation ni ictus, et le malade a survécu.

M..., trente-huit ans, agent de publicité, est entré à l'asile de Bron (clinique) le 9 mai 1906, avec les signes d'une paralysie générale dont le début apparent remontait à un an environ. Il présentait à son arrivée un grand délire mégalomane, de richesse principalement, avec démence déjà très avancée. Depuis, sa maladie a évolué normalement, il est toujours

demeuré calme, et la mégalomanie a fait place à une simple euphorie, de plus en plus restreinte dans son expression.

L'état physique, précaire à l'entrée, parce que le malade venait de traverser une phase de misère physiologique extrême, s'est progressivement amélioré. Le poids a augmenté d'une quinzaine de kilos, la force physique est demeurée assez satisfaisante, malgré les parésies multiples. Aucun trouble viscéral important, mais, depuis l'automne de 1908, la vaso-motricité a été constamment atteinte, poussées congestives du côté de la face, œdèmes fugaces des membres inférieurs. Le gâtisme est intermittent.

A plusieurs reprises, on laisse le malade au lit pendant quelques jours; au début de janvier 1909, on le fait coucher en raison de la température rigoureuse de l'extérieur et parce qu'il a un œdème léger et bilatéral remontant un peu au-dessus des malléoles.

Le 6 janvier, cinquième jour de l'alitement, la température de la salle étant en moyenne de 12 degrés, la température rectale du malade, prise pour la première fois depuis ces cinq jours, est de 35°2. Le lendemain, elle est de 34°8. Le malade s'était alimenté normalement les jours précédents. Constipé, il avait eu, le 6, un lavement purgatif, suivi de deux selles. Le 7, un verre de limonade Rogé provoque trois selles. Il y en aura dorénavant une spontanée chacun des jours suivants.

Le 8, la nuit a été froide; le thermomètre, à l'air libre, est descendu à — 8°. Dans la salle, le chauffage, en ce moment défectueux, n'a cependant pas laissé tomber la température au-dessous de + 10° au dire des infirmiers et veilleurs. A 9 heures du matin, il y a dans la salle 14 degrés, la température rectale du malade est de 32°2.

Même chiffre le soir; le malade a été très somnolent tout le jour, et a moins mangé que de coutume.

Le 9 au matin, même observation quant à la température extérieure, celle de la salle a été un peu supérieure à celle de la nuit précédente. Le malade a eu une boule d'eau chaude aux pieds depuis la veille au soir, et des boissons chaudes. Néanmoins, la température rectale, vérifiée et contrôlée, est le matin, au moment de la visite, de 31°7. Le soir, on note 32 degrés. La parésie vasomotrice est très marquée; malgré le séjour au lit, la stase des extrémités inférieures persiste, de même aux mains. Pas d'œdème ni de congestion des poumons.

Le 10 au matin, la température extérieure est remontée au

voisinage de 0 degré, celle de la salle a été certainement plus élevée pendant la nuit que les nuits précédentes. Le malade a 33°4: Le soir, 34°2.

Le 11, 34°8 et 34°9. Le 12, 35°2 et 35°8. Le 13, 35°9 et 36°8. Le 14, 36°6 et 37°5. Le 15, 36°6 et 37°2. L'accès d'hypothermie est terminé, il a duré huit jours au moins, et plus sans doute, puisqu'on n'a pas noté le début. Les jours suivants, la température oscille autour de 37 degrés; puis les 25 et 26 janvier entre 36°1 et 36°4. Mais ce n'est qu'une menace d'hypothermie; une seule fois, dans les semaines suivantes, le 3 février, la température reste tout le jour entre 36°4 et 37 degrés. Aucune poussée fébrile dans l'intervalle; l'état général n'a pas été altéré.

L'état psychique a été, pendant la période d'hypothermie, un peu plus obnubilé, le malade répondait aux questions avec plus de lenteur, les opérations intellectuelles étaient ralenties et restreintes, par rapport aux périodes précédente et suivante; la sensibilité, la motricité volontaire et réflexe n'ont pas semblé modifiées.

Le malade n'a eu, dans les six mois écoulés depuis ce moment, aucun accident ni incident pathologique, sa démence progresse lentement.

On peut donc voir, chez les paralytiques généraux, en dehors de l'hypothermie liée aux accès d'agitation ou aux ictus, une hypothermie également due à une paralysie vaso-motrice, mais provoquée simplement par la température anormalement basse du milieu ambiant. Notre malade était dans des conditions générales assez bonnes, convenablement alimenté, couvert et réchauffé dans son lit. Il ne s'est pas découvert; mais il a suffi que la température de la salle où il se trouvait ne pût, pendant quelques jours, être élevée au-dessus de 15 degrés et baissât jusqu'à + 10 degrés pour que sa température centrale parvint à 31°7, et se maintînt trois jours au-dessous de 34 degrés.

Il est probable que la constipation légère des jours qui ont précédé la phase hypothermique a contribué à

cette paralysie vaso-motrice. Il est vraisemblable que le malade a survécu parce que la température extérieure s'est relevée et que les purgations successives ont réduit l'intoxication de ses centres. Il a semblé, en tout cas, mieux influencé par cette thérapeutique que par les moyens employés pour le réchauffer.

Médecine légale

DOCUMENTS DE MÉDECINE LÉGALE

Par le Dr A. ADAM

I

Un cas de délire de dépossession. Internement tardif, après ruine de la malade en frais de procédure et empoisonnement d'une fontaine publique.

Faits. — Marie B..., aujourd'hui âgée de quarante ans, devenue orpheline de bonne heure, avait, à la mort de ses parents, un patrimoine évalué à une quinzaine de mille francs. Le 5 mars 1899, elle signa une promesse de vente à la commune de B..., d'une source située dans un pré lui appartenant, au prix de 350 francs. La signature fut donnée devant le maire en présence de deux témoins. Marie B... n'a d'ailleurs jamais touché le prix de la vente et l'argent est encore aujourd'hui déposé à la Caisse des dépôts et consignations, attendu que Marie B... prétend n'avoir jamais consenti à céder la source à la commune de B... et n'avoir jamais donné aucune signature à ce sujet. La source fut néanmoins traitée en chose acquise par la commune et captée pour alimenter le pays en eau potable. En conséquence, Marie B... intenta un procès à la commune pour rentrer en jouissance de la source. Déboutée en première instance, elle se pourvut devant la Cour d'appel, perdit encore son procès et fut non seulement condamnée aux dépens, mais encore à 150 francs de dommages-intérêts envers le domaine, par application de l'art. 213 du Code de procédure, pour avoir dénié l'écriture et la signature

de la pièce qu'on lui opposait au nom de la commune.

A la suite de cette solution, à son avis inique, Marie B... alla, le 12 août 1907, creuser dans son pré deux trous, dont l'un, mesurant au moins un mètre cube, en amont du réservoir de captation établi par la commune, l'autre en aval. Dans le trou en amont, elle déposa du pétrole et un mélange de chaux et de sulfate de cuivre, tel qu'on l'emploie dans le pays pour le traitement de la vigne. A ce travail qu'elle exécutait au moyen d'une pioche et d'une petite pelle à feu, elle fut surprise par un témoin, et, aux observations que lui fit celui-ci, elle répondit qu'elle était libre de faire ce qu'elle voulait dans sa propriété, qu'au surplus elle creusait un trou pour y planter un saule. Le juge de paix, saisi, porta les faits à la connaissance du procureur de la République par un télégramme dans lequel il mentionna qu'il n'y avait eu aucun accident d'empoisonnement et que la fille B... ne possédait pas la plénitude de ses facultés. Quant à Marie B..., elle déclara que son intention avait été de planter un arbre, et nia avoir jeté dans la source des produits chimiques; mais elle allégua en même temps qu'elle avait chargé le facteur de dire aux habitants que, par prudence, ils devraient s'abstenir de boire l'eau des fontaines. Cette dernière affirmation est démentie par le facteur.

Quoi qu'il en soit, l'inculpation de dégradation d'une prise d'eau destinée à l'utilité publique fut seule retenue contre Marie B... et le tribunal correctionnel ordonna en outre l'examen de l'état mental de l'inculpée, examen dont l'exposé suit.

Antécédents. — Il y a peu de renseignements sur les antécédents héréditaires. Le père serait mort des complications d'une maladie des voies urinaires, la mère d'une maladie d'estomac. De quatre enfants, l'un serait mort à dix-neuf mois d'une maladie indéterminée. Les trois autres, encore vivants, n'auraient jamais donné aucun signe de troubles mentaux, si l'on excepte l'inculpée. On n'aurait observé aucun cas d'alcoolisme, d'épilepsie, de folie, etc., parmi les ascendants et les collatéraux.

Quant aux antécédents personnels de Marie B...; ils sont les suivants : à onze ans, une maladie fébrile

grave, selon toute vraisemblance une fièvre typhoïde ; à vingt et un ans, un accès d'aliénation mentale à forme maniaque qui nécessite l'internement à l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg, où elle séjourna pendant deux mois. Il est vraisemblable que Marie B... avait déjà des troubles psychiques avant l'explosion de cet état maniaque, puisque l'entourage a attribué cette crise à une déception que la malade aurait eue dans les circonstances suivantes : ayant fait insérer dans les journaux qu'elle cherchait à se marier et possédait une fortune de 30.000 francs, elle vit un prétendant se présenter aussitôt, mais se retirer après avoir appris par le maire que le chiffre de la fortune était majoré de moitié. D'autre part, il paraît certain que depuis sa sortie de l'asile (1891), l'inculpée ne jouissait pas de l'intégrité de ses facultés mentales. Le dossier de l'information mentionne qu'elle voit des ennemis partout ; qu'il lui arrive d'envahir la salle de délibération du Conseil municipal, d'invectiver maire et conseillers qu'elle accuse de tramer contre elle de noirs complots. Quand elle a une course à faire, elle fait de grands détours à travers champs pour éviter certaines personnes, et dans le pays on est unanime à déclarer qu'elle est « maboule », dit un rapport du juge de paix.

Examen direct. — L'inculpée est de taille moyenne ; elle est pâle, anémique, la voûte palatine est fortement ogivale. Pas d'autres stigmates physiques de dégénérescence. Convoquée par moi au Palais à B..., elle vient et se prête volontiers à l'examen dont elle connaît le but. Je sais, dit-elle, que vous êtes le docteur qui d'habitude « vient au Palais pour ce genre d'affaires ». Tout en déclarant avoir été traitée à l'asile de Bourg il y a seize ans, pour un accès de « fièvre chaude », elle proteste contre la suspicion de folie et explique que sous prétexte d'une vente qui n'a jamais eu lieu et qu'elle n'a jamais signée, la commune veut s'emparer d'une source lui appartenant. Aussi a-t-elle toujours refusé de toucher le prix de cette vente et a-t-elle porté le litige devant le tribunal de première instance et ensuite devant la Cour d'appel. Quoiqu'elle ait été déboutée devant ces deux juridictions et même condamnée à une amende pour avoir dénié une signature qui n'a jamais

existé, d'après elle, elle veut saisir la Cour de cassation. Les choses ne se sont pas passées régulièrement et elle demande une nouvelle expertise, l'expert n'ayant pas été agréé par le juge de paix *qui n'est pas du parti*, et elle a eu soin d'attaquer avant l'échéance du terme de recours en cassation.

D. Qu'entendez-vous par le parti?

R. J'entends le parti contraire.

D. Il y a donc un parti contre vous?

R. Oui, le parti du maire. Mon avocat même m'a trahie en disant que j'avais signé l'acte de vente. Depuis que j'ai perdu mon procès, je vois bien que les gens sont bien plus hardis et me dépouillent de tout. T..., parent du maire, et à ce titre très puissant, m'a pris mes noix, le maire lui-même abîme mon foin en marchant dans mon pré.

D. Mais votre signature a été donnée en présence de témoins, et reconnue par votre avocat.

R. C'est le parti contraire qui dit tout cela; je croirais même volontiers que les juges de B... ne sont pas honnêtes; mais ne notez pas cela, ils me condamneraient encore; peut-être de faux témoins les ont-ils induits en erreur.

D. Avez-vous un Code?

R. Monsieur J... m'en a prêté un, je me suis rendu compte en lisant le chapitre des « arbitrages et expertises » que l'expertise a été mal faite.

D. Pourquoi avez-vous détérioré le réservoir et pourquoi y avez-vous introduit des substances nuisibles?

R. Je voulais planter un arbre, ce qui est mon droit; quant au sulfate, des vigneron l'ont peut-être introduit par accident dans le réservoir, et c'est moi qu'on poursuit. Comment me défendre? Je m'adresserais bien au ministre, mais je ne suis pas hardie, et je crains de me *fourvoyer dans le parti contraire*. J'ai vu un député au pays; j'ignore s'il est contre moi, mais toujours est-il qu'il a parlé à mes ennemis, et me voici dans la misère, et obligée de me défaire petit à petit de tout ce que j'ai.

Cette entrevue avait eu lieu le 6 octobre. A partir de ce jour jusqu'au 5 novembre, l'inculpée, invitée par moi à me tenir au courant de son affaire, m'écrivit cinq lettres.

Tant par la forme que par le fond ces écrits sont très significatifs. Dans la première (8 octobre), il est question de « droits violemment arrachés, d'enquête mal faite, d'expertises favorables et non mentionnées par l'huissier, du vol de noix de T..., d'une exemption d'impôts à laquelle elle a droit, etc., etc. ». Le 11 octobre, nouvelle lettre, « car on lui fait tant de méchancetés qu'elle en oublie la moitié; on dévaste sa propriété, chacun lui fait des coquinerie que la justice ne réprime plus; elle compte sur moi pour arrêter les poursuites et lui faire octroyer une indemnité ». Dans sa dernière lettre (5 novembre), elle exprime l'espoir que sur mon intervention « le Conseil de Préfecture lui allouera *avant toute répartition* pour payer les frais de ses procès injustement perdus la somme de 900 francs, prélevée sur l'indemnité votée par le Parlement pour les victimes de la sécheresse ». Elle demande en outre que j'intervienne auprès du Conseil général qui va se réunir pour lui faire rendre justice.

Ces données auraient pu sans doute paraître suffisantes pour établir le diagnostic; j'ai néanmoins jugé utile de les renforcer par l'examen de l'inculpée dans son milieu habituel, à son domicile même. Les faits que j'ai recueillis sont, en effet, très significatifs.

Marie B... habite une vieille mesure ne comprenant qu'une unique pièce qui est coupée en deux par un rideau de percale. La partie antérieure est propre, quoique l'ameublement sommaire trahisse un dénuelement complet. Un vieux poêle en fonte, une petite table en sapin, deux chaises branlantes constituent le mobilier de ce modeste appartement avec une vieille commode vermoulue dont les tiroirs ne peuvent jouer sans tomber en morceaux, mais dont le pur style Louis XVI et les belles poignées en cuivre ouvragé pourraient peut-être encore tenter un antiquaire, et qui semble être le dernier vestige d'une aisance disparue.

La deuxième partie de la chambre, derrière le rideau, est un réduit infect, rempli d'objets disparates et renfermant un lit ou plutôt un grabat dont la malpropreté jure avec la propreté de la partie antérieure et avec la bonne tenue de la propriétaire.

Autour de la maison, un jardinet avec quelques

cognassiers, quelques choux et quelques pommes de terre. C'est de ces maigres produits que vit Marie B..., car elle n'achète jamais rien, ni pain, ni viande, etc., et, forte de son droit, elle souligne avec une certaine fierté que, réduite ainsi à la portion congrue, déjeunant d'un coing cuit à l'eau et soupant d'une pomme de terre en robe de chambre, elle soutiendra jusqu'au bout la revendication de ses droits.

Sur la petite table, on voit, à côté de quelques livres de dévotion, un avis de saisie de percepteur, et la collection d'un journal financier auquel l'inculpée avait envoyé son dossier en demandant qu'on défende ses intérêts. Bien entendu, elle a dû s'abonner préalablement pour un an : ce fut le seul résultat de cette démarche. Cela n'empêche pas Marie B... de croire que bientôt justice lui sera rendue ; elle sera exonérée d'impôts, touchera 900 francs sur l'indemnité allouée aux victimes de la sécheresse, sans préjudice de forts dommages-intérêts. Elle voudrait me conduire chez différentes personnes du village, au café, pour faire publiquement la preuve de l'indignité du maire, de la malhonnêteté de Y..., de la canaillerie de X... Je consens à l'accompagner chez son oncle et voisin qui cherche en vain à la calmer. Il n'est d'accord avec elle que sur un point, sur l'appropriation des noix par T... Ce dernier, ayant loué le pré de l'inculpée, a fait aussi la récolte des noix, contrairement aux usages. Le juge de paix saisi, au lieu de trancher le différend en faveur de l'inculpée, a renvoyé les parties à expert. Ils ne manquaient plus à l'inculpée que ce procès, où l'opinion était en partie pour elle, pour la confirmer dans ses idées de dépossession. Elle prétend d'ailleurs qu'il y a longtemps que cela dure et que déjà en 1901, alors qu'elle était placée à Paris, ses patrons la persécutaient de toute façon. Elle se refuse à atténuer sa misère par le travail ; M. Z..., fabricant de chaises, lui offre de l'occuper, mais elle estime qu'il est du parti contraire et lui répond par un seul mot, énergique et légendaire. Elle consentirait cependant, quand elle n'aura plus aucune ressource, à venir comme cuisinière chez moi, puisqu'il lui semble que je pourrais défendre ses intérêts, et qu'elle pourrait ainsi continuer à lutter.

Discussion. — Nous nous trouvons ici en présence d'une femme dont les antécédents héréditaires ne révèlent pas, il est vrai, une tare avérée au point de vue mental, mais qui nous apparaît néanmoins comme déséquilibrée, ainsi que le prouve sa conduite avant le premier accès de folie (insertion dans les journaux dans le but d'attirer un prétendant en faisant valoir sa fortune fortement majorée). A la suite d'une déception que lui attire ce peu loyal procédé, elle fait un accès de manie et passe deux mois dans un service d'aliénés. A sa sortie, elle reste une personne originale, bizarre : elle passe aux yeux de tout le monde pour détraquée, « maboule ». Enfin, en 1899, elle cède à la commune une source contre la somme de 350 francs, mais refuse de toucher l'argent et continue à se déclarer légitime propriétaire de la source. La commune passant outre, elle plaide, renie sa signature, et non seulement perd son procès en première instance et en appel, mais est encore condamnée à des dommages-intérêts envers le domaine pour avoir dénié sa signature. Les frais s'élèvent déjà à plus de 900 francs; — la saisie arrive, la misère devient extrême, mais rien ne saurait calmer l'ardeur de l'inculpée à revendiquer sa propriété. Elle étudie le Code, s'adresse à des journaux pour faire défendre ses droits, réclame l'exonération des impôts, envahit la salle de délibération du Conseil municipal, menace et injurie maire et conseillers. Elle traite l'objet du litige comme étant sa propriété et, dans un geste de violence extrême et dont les conséquences auraient pu être terribles, elle empoisonne la source. Elle s'adresse aux assemblées politiques et menace de saisir directement le ministre. Un nouveau procès dans lequel il semble qu'elle ait réellement le bon droit de son côté n'est pas jugé en sa faveur, mais l'affaire est renvoyée à experts. L'idée qu'elle est persécutée en devient plus tenace. Se croyant de plus en plus persécutée, elle devient de plus en plus persécutrice, et l'on peut dire qu'elle présente tous les caractères du type classique de délire systématisé raisonnant sous la variété signalée par Pailhas et décrite par Régis sous le nom de « délire raisonnant de dépossession ».

C'est là la conclusion de mon rapport, conclusion qui

a pour conséquence logique l'irresponsabilité et l'internement dans un asile d'aliénés comme mesure de sécurité publique.

Ces conclusions furent admises par les magistrats de l'ordre judiciaire et administratif. Je dois ajouter encore qu'entre le court laps de temps qui s'est écoulé entre la signature de l'ordre de placement et son exécution, Marie B... se présenta à mon domicile, pleine d'entrain et de courage, les poches bourrées de friandises pour les enfants, et déclarant qu'à bout de ressources elle venait se placer comme cuisinière, en attendant que justice lui soit rendue. Je lui déclarai que la place était prise et l'adressai avec un mot de « recommandation » à l'asile des femmes, où on l'occuperait sûrement. Elle s'y rendit et fut accueillie d'autant plus facilement que l'ordre de placement était arrivé à la direction.

Des renseignements que me fournit mon collègue, il résulte que Marie B... manifeste toujours les mêmes idées délirantes de dépossession; la source est toujours à elle, le maire, la commune se l'est appropriée par coquinerie; l'expert médical a fait une fausse expertise qu'on fera « sauter », etc.

La malade s'occupe à la buanderie; par intervalles, elle est excitée, parle seule, répond à des interlocuteurs imaginaires, trouve un goût suspect aux aliments, se montre réticente, refuse d'écrire et de signer, etc.

Le cas de Marie B... est un cas-type de délire systématisé raisonnant affectant la forme de délire de dépossession. Cliniquement, il est, pour ainsi dire, superposable au tableau que les auteurs ont tracé de cette variété. Au point de vue étiologique, il s'est développé, ainsi que cela arrive le plus souvent (Régis), « chez un être plus ou moins fruste, ignorant, entêté, paysanne très attachée à son bien, se faisant une idée à elle de ce qu'est son droit, n'en démordant plus, prête à tout pour le faire prévaloir ».

Ce qui est particulier à ce cas, c'est la nature spéciale de l'objet en litige, une source approvisionnant en eau

potable toute une commune. L'empoisonnement de source, réaction naturelle chez une malade de ce genre, aurait pu avoir de terribles conséquences, si l'auteur de la tentative avait possédé des notions de chimie ou de toxicologie lui permettant de mieux choisir le poison. Pourquoi cette malade n'a-t-elle pas été internée avant d'avoir consommé sa ruine matérielle et avant d'avoir failli causer une catastrophe publique? — Sans doute parce qu'elle appartenait à une catégorie de « malades, les pires de tous, sans contredit, et qu'il est le plus difficile de faire accepter comme tels par les magistrats et par le public, en raison de leur lucidité » (Régis). Peut-être aussi parce qu'une municipalité peu avisée, indifférente d'abord aux agissements d'une détraquée, ruineux pour elle seulement, ne se souciait pas de provoquer l'internement alors que, la ruine consommée, le budget municipal devait être mis à contribution pour les frais d'entretien dans un asile d'aliénés.

II

Un cas de fétichisme. — Vols. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement dans un asile d'aliénés, demande de mise en liberté. — Sortie imminente.

L'inculpé D... est-il, comme il le prétend, atteint de la manie du vol, est-il responsable de ses actes, est-il dangereux pour la société, est-il nécessaire de l'interner dans un asile d'aliénés, ou présente-t-il des anomalies mentales de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité? Telles sont les questions qui m'ont été posées en mai 1909 par le juge d'instruction de L..., à l'occasion des poursuites exercées contre D..., inculpé de vol.

Faits. — Le 11 mai 1909, un vol de linge fut commis dans la maison alors inhabitée de M^{me} M..., à S.... Un individu s'était introduit dans l'immeuble, avait forcé les armoires, jeté tout le linge à terre et emporté

des draps de lit. D..., qui avait été vu sur les lieux, fut soupçonné, mais nia d'abord. Une perquisition faite à son domicile ayant fait découvrir du linge provenant de ce vol, il avoua, mais allégua qu'il avait agi sous l'impulsion d'une maladie contre laquelle il ne peut réagir quand il est pris de boisson. Il déclara avoir été déjà arrêté en 1900 pour un vol analogue et avoir bénéficié d'une ordonnance de non-lieu à raison de son état mental. Le fait était exact, et il convient d'en rappeler ici les circonstances, ainsi que celles de certains autres actes délictueux pour lesquels il n'y eut pas d'information judiciaire.

a). — Le 19 avril 1899, D... se présenta à 9 heures du matin à l'hôtel N..., à P..., et demanda un lit. En raison de l'heure, on lui conseilla d'aller simplement se reposer sur le fenil. D... s'étant assis dans la salle du café s'assoupit un instant et ensuite disparut pendant que les patrons étaient allés déjeuner dans une salle voisine. Vers 4 heures du soir, la maîtresse d'hôtel le trouva au premier étage, couché tout habillé sur un lit. Les armoires étaient ouvertes, tout le linge était jeté à terre, une chemise et un pantalon de femme furent retrouvés sur le lit; une somme de 200 francs placée entre les draps était intacte. En raison de certaines explications fournies par un ancien patron de D..., est-il dit à l'instruction, l'hôtelier ne voulut pas porter plainte, et se contenta de mettre D... à la porte.

b). — Le 29 janvier 1900, D..., après avoir bu avec excès, s'introduisit de nuit dans le château alors inhabité de M^{lle} N... Il mit au pillage toutes les armoires à linge, en répandit le contenu par terre, notamment 15 draps, des taies d'oreiller, des chemises de femme, des camisolles. Vers les 4 heures du matin, il emporta 7 draps brodés et les brûla en plein air, à 1 kilomètre du château. Il revint ensuite au château, se coucha dans un lit de bonne et fut surpris par un garde dans l'après-midi, alors qu'il descendait l'escalier pour s'en aller. Tous autres objets que le linge, notamment l'argenterie et des bibelots de valeur, avaient été respectés par le voleur.

Poursuivi pour ces faits, D... allégua comme aujourd'hui un besoin irrésistible de voler du linge, surtout

des draps et du linge de femme, dès qu'il a bu avec excès, et cela pour se procurer des jouissances sexuelles. La mère déclara que déjà antérieurement il avait volé des draps sur une haie et les avait abandonnés dans une tuilerie où il avait couché. Une expertise médicale eut lieu, et l'expert estima que « D..., de sang froid, a un état mental à peu près sain, mais qu'il n'a plus conscience de ses actes quand il a bu ; que son instinct génésique est alors surexcité, qu'il se jette sur tout ce qui touche de près ou de loin à la femme, que ses actes sont l'œuvre d'un fou, d'un halluciné et que sa responsabilité est, sinon nulle, du moins excessivement atténuée ». Il y eut ordonnance de non-lieu.

c). — Le dossier signale d'autres faits comparables aux précédents et pour lesquels il n'y eut pas de plainte déposée. C'est ainsi qu'il y a deux ans, D... fut surpris couché dans le grenier d'un boucher qui le soupçonna de s'être embusqué pour voler le tiroir-caisse. En 1905, le receveur de l'Enregistrement surprit également D... qui allait s'installer dans son grenier. Un sieur L... déclare également qu'ayant trouvé D... caché dans son grenier, celui-ci déclara que dans un moment pareil il tuerait bien quelqu'un, qu'il avait voulu s'abriter contre le froid. L... le congédia après lui avoir servi un café ! Telle est la liste, probablement incomplète, des actes délictueux ou bizarres commis par D... depuis dix ans. Après les faits, il faut examiner leur auteur.

Antécédents. — Le dossier mentionne que deux proches parents de l'inculpé seraient morts aliénés ; l'un était l'oncle paternel, il m'a été impossible d'établir qui était le second.

Quant aux antécédents personnels, l'information n'apprend rien en dehors des actes mentionnés plus haut. Les renseignements fournis par l'inculpé ne sauraient être admis sans réserve. Il paraît cependant établi que D... n'a pas fait de maladies graves, qu'à l'école il s'est montré d'une intelligence moyenne, qu'il était bon ouvrier, quelque peu porté à boire, d'une intempérance cependant plutôt périodique, et que, dans les derniers temps, en raison des diverses aventures de ces dernières années, il trouvait plus difficilement du travail ; car on était arrivé à se demander s'il ne serait pas

l'auteur des nombreux vols de linge et d'autres objets qui ont eu lieu dans la région. L'instruction n'a cependant pu mettre à sa charge aucun vol autre que ceux de draps de lit.

Examen direct. — Agé de trente-cinq ans, de taille moyenne, plutôt faible de constitution, sans vice apparent de conformation, D... se prête volontiers à l'examen. Il sait quel en est l'objet et déclare avoir agi sous le coup d'une impulsion qui, dès qu'il a bu, le pousse à voler du linge, notamment des draps de lit, pour se procurer par leur vue ou par leur contact des jouissances sexuelles. A l'appui de sa théorie, il fait ressortir que jamais il n'a touché à l'argent ou aux objets précieux qui étaient à sa portée au moment où il perpétrait ses vols. Il verse des larmes en parlant de sa malheureuse situation et de la détresse dans laquelle son arrestation laisse sa femme et ses trois enfants. Il promet de ne pas recommencer, voudrait qu'on le condamne avec bénéfice de la loi de sursis, parce que la crainte de faire sa peine constituerait pour lui un frein suffisant, en même temps que la prison préventive qu'il fait lui servirait, dit-il, de leçon. Que si, malgré tout, il recommençait à voler, il n'aurait plus aucune objection à faire, soit qu'on le condamnât à la prison, soit qu'on l'enfermât comme aliéné. A aucun moment je n'ai pu constater trace de délire ou de troubles sensoriels, et il était évident que c'était uniquement du côté de la vie sexuelle de l'inculpé qu'il importait de faire des recherches pour expliquer les actes accomplis par lui, et qui semblaient être imputables à une perversion sexuelle.

Voici quelles sont à ce sujet les déclarations de l'inculpé : il a commencé à l'âge de treize ans à s'adonner à la masturbation ; pour éprouver plus de jouissance, il se masturbait dans le linge de sa sœur. A dix-neuf ans, il eut pour la première fois des rapports sexuels réguliers avec une fille publique. A partir de ce moment, il allait avec les femmes quand l'occasion s'en présentait, mais aimait mieux se livrer à ses habitudes solitaires en se servant du linge de femmes. En dehors du plaisir qu'il trouvait dans ces conditions au contact du linge de sa sœur, il n'a aucun souvenir d'avoir subi dans son

enfance une impression spéciale de satisfaction à la vue ou au contact de la lingerie féminine ou d'un objet quelconque de toilette de femme. Avec l'âge, ce penchant pour le contact du linge s'est accentué; il s'est mis à voler des draps étendus sur une haie, a commis les vols de draps signalés plus haut, s'est introduit dans des greniers pour se frotter contre le linge qu'on y étendait pour le sécher, mais n'a jamais été tenté de dérober autre chose que du linge dans ces expéditions. Il ne s'explique pas pourquoi, lors du vol de 1900, il est allé brûler sept draps brodés et est revenu ensuite au château où, en se couchant dans un lit, il a cherché à se procurer de nouvelles jouissances.

Il s'est marié il y a dix ans et a eu trois enfants; dans ses rapports avec sa femme, il se montrait plutôt froid, car il préférerait se livrer à son onanisme spécial; mais pour cacher son jeu à sa femme, il lui demandait de mettre une chemise festonnée et de garnir le lit de draps fins, ce qui diminuait sa frigidité dans une certaine mesure, pas assez cependant pour éteindre les soupçons que sa réserve faisait naître dans l'esprit de sa femme. Celle-ci lui aurait en effet dit plusieurs fois : « Ce n'est pas possible, pour rester si longtemps sans me voir, tu dois aller avec d'autres femmes. » Ce dernier propos m'a été textuellement répété par la femme, de même que m'ont été confirmées par elle les autres allégations de l'inculpé. On peut voir dans ce fait une preuve de la sincérité des déclarations des deux époux, car ils ignoraient que l'examen allait porter sur tous les détails de leur vie sexuelle, et n'avaient pu communiquer entre eux pour se concerter.

Discussion. — On ne saurait méconnaître que ces faits constituent un ensemble de manifestations rappelant absolument la description du fétichisme par les auteurs. Le linge, et surtout la lingerie fine, procure à l'inculpé, par simple contact, des jouissances sexuelles, et constitue pour lui un fétiche qui devient « l'élément nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle ». Sans son fétiche, il se montre à l'égard de sa femme d'une réserve qu'elle trouve blessante et suspecte, et c'est pour faire disparaître cette suspicion et pour dissimuler sa perversion qu'il a recours au subterfuge des chemises

brodées et des draps blancs. Car dans les autres circonstances, il ne se montre ni plus ni moins difficile, sous le rapport de la propreté, que les autres personnes de son milieu et de son éducation, de sorte qu'on ne saurait mettre ses exigences sur le compte d'un raffinement élégant et délicat. Un fait à signaler est la constance de l'appoint alcoolique dans les actes reprochés à D... L'expert qui, en 1900, a procédé à l'examen médical de D... a déjà signalé l'influence néfaste de l'alcool et a mis en relief la fureur avec laquelle, lorsqu'il a bu, l'inculpé se jette sur tout ce qui, de près ou de loin, touche à la femme. Dans son rapport, il a bien décrit les symptômes observés de la perversion sexuelle, mais il n'a pas apposé sur son tableau l'étiquette vraie, celle du fétichisme. Or, l'importance de l'appoint alcoolique dans les impulsions irrésistibles relevant de la perversion sexuelle a été maintes fois signalée, notamment par von Krafft-Ebing, qui estime que « très souvent comme cause de l'irrésistibilité on trouve l'alcool qui excite la sexualité et abaisse en même temps les forces morales ».

D... paraît donc manifestement atteint de perversion sexuelle, mais ce diagnostic posé, la tâche de l'expert n'est pas achevée, à moins que, s'en tenant à la thèse soutenue au Congrès de Genève par le distingué professeur de psychiatrie de la Faculté de Paris, il ne refuse de se prononcer sur la responsabilité. Dans la pratique, pareille intransigeance est d'une application difficile, et je crois qu'en fait la plupart des experts continuent à répondre à la question posée par les magistrats sur la responsabilité des inculpés. Krafft-Ebing (traduction de Rémond, p. 390) estime que les pervers sexuels sont des dégénérés psychiques, et que la formule pour apprécier leur capacité d'imputation est encore à trouver. Dans les cas de simples anomalies psychiques fonctionnelles sans folie vraie, le professeur de Vienne est d'avis d'accorder les circonstances atténuantes dans le sens le plus large, et il ajoute que l'expert aura la tâche difficile et très lourde de montrer, au point de vue de la responsabilité, dans quelle mesure les tendances impulsives de ces individus prennent une intensité pathologique et revêtent un caractère de besoin d'origine organique,

créant ainsi des conditions qui suppriment le libre exercice de la volonté, alors que ces phénomènes n'existent pas chez la plupart des individus bien portants. Dans les cas douteux, Krafft-Ebing est d'avis d'admettre la présomption de la maladie et d'exiger la preuve que l'acte incriminé est dû à de l'immoralité, surtout à des motifs librement appréciés.

L'exposé même des faits a, semble-t-il, assez mis en relief l'intensité pathologique, le caractère de besoin d'origine organique des impulsions de D... ; en tout cas, l'on ne saurait prétendre faire la preuve que les vols de D... sont dus à l'immoralité et à des motifs librement appréciés. S'il avait volé par immoralité, D... aurait fait main basse sur l'argent et les objets précieux qui étaient à sa portée, et s'il avait obéi à des motifs librement appréciés, il n'aurait jamais fait choix, parmi tant d'objets, précisément de draps de lit ; car, par un singulier hasard, la mort de deux parentes qui leur ont laissé leur linge a pourvu les époux D... d'un nombre de draps plus que suffisant pour leur ménage. D'autre part, le Dr P. Garnier, dans un remarquable rapport au Congrès de psychiatrie de Paris en 1900, dit que « la préoccupation de l'expert doit être de vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle, et si ce rapprochement peut être légitimement établi, il n'hésitera pas, étant en face d'un malade, à le déclarer irresponsable ». Or, le cas de D... peut légitimement être rapproché du fétichisme, et l'inculpé doit être considéré comme irresponsable.

Quant à la question du danger que D... peut faire courir à l'ordre ou à la sécurité publique, il est certain que, si les délits qui lui sont reprochés sont des actes morbides impulsifs, ils auront une tendance à se reproduire sous la même forme. Il en résulte un danger non pour les personnes, mais pour la propriété, et sans doute aussi pour l'inculpé lui-même, car il se pourrait qu'en faisant des expéditions nocturnes dans les greniers, il fût reçu avec moins d'indulgence que jusqu'à ce jour ; le danger, quoique limité, spécial, est donc réel.

Y a-t-il lieu de faire interner D... ? C'est la dernière

question posée par le magistrat. Les avis sont partagés ; alors que Krafft-Ebing est d'avis que le sadisme, le fétichisme, l'exhibitionnisme relèvent des asiles, le professeur Régis, qui a bien voulu me donner son avis sur le cas de D..., admet qu'il n'y a pas de doute pour l'irresponsabilité, mais qu'on ne saurait songer à interner l'inculpé qui n'est pas un aliéné délirant, halluciné continu, mais un impulsif à crises espacées. Ne semble-t-il pas que, si les crises sont espacées, il est cependant impossible d'en prévoir et d'en prévenir le retour, et que le danger, malgré l'allure paroxystique des accès, n'en est pas moins permanent ? Il en est ainsi de certains épileptiques, de certains périodiques qui sont retenus dans les asiles pendant des périodes de calme et de lucidité assez longues quelquefois. Entre deux opinions opposées émanant de maîtres d'une compétence également indiscutée, je me suis arrêté à un moyen terme, en déclarant qu'il appartenait à l'expert de dire si l'état mental de l'inculpé justifiait l'internement et de spécifier la nature du danger que créera pour la société son maintien en liberté, et que la tâche de juger si ce danger rendait l'internement nécessaire appartenait à l'autorité qui a charge de veiller à l'ordre public et à la sûreté des personnes.

Mes conclusions furent les suivantes :

1° D..., âgé de trente-cinq ans, inculpé de vol, est atteint de perversion sexuelle affectant la forme de fétichisme. Ses vols, notamment celui du 11 mai 1909, sont des actes impulsifs qui ne sauraient lui être imputés, attendu qu'au moment où il les a commis, il était dans l'état visé par l'art. 64 du Code pénal.

2° L'état de D... constitue un danger non pour les personnes, mais pour la propriété. Pour être intermittent, ce danger n'en est pas moins réel, et en raison de son origine et de sa nature, il est à prévoir qu'il persistera sous la même forme.

3° Le rôle du médecin se borne à constater et à signaler que ce danger est la conséquence d'un état morbide qui justifierait l'internement dans un asile d'aliénés.

A la suite de ces conclusions, D... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut interné dans l'asile de son

département. L'observation depuis son entrée, m'écrit mon collègue, est à peu près négative; le malade est calme et s'occupe régulièrement. Il a réclamé sa sortie, et le Procureur de la République ainsi que la commission instituée par circulaire du 18 juin 1906 du ministre de l'Intérieur sont disposés à faire droit à sa requête. Mon collègue a demandé à observer encore le malade, mais est de l'avis, me dit-il, du professeur Régis, et ne tardera pas à provoquer un essai de sortie.

Dans ce rapport, j'ai glissé sur un fait qui, au point de vue clinique, n'est pas dénué d'intérêt. Je veux parler de l'interprétation que comporte l'acte d'avoir brûlé des draps de lit brodés. Dans les conditions indiquées, il y a là, semble-t-il, une manifestation de ce sadi-fétichisme que Paul Garnier a décrit dans son travail déjà cité et dont il rapporte des exemples typiques, notamment celui de ce militaire fétichiste qui, étant arrivé à dénouer et à conquérir le tablier blanc d'une jeune fille, sans qu'elle s'en aperçut, se trouve dans une excitation sexuelle extrême, s'isole, se masturbe dans le tablier, puis, gagnant un endroit tout à fait désert, brûle ce tablier qui l'avait tant séduit et, à la vue de ce vêtement brûlé, éprouve une extrême volupté. Si je rapelle ici ce fait, c'est parce que le Dr Paul Garnier estime que la constatation précise de l'association du fétichisme et du sadisme est de nature à donner à tel cas déterminé sa véritable signification pathologique. Peut-être conviendrait-il même de voir l'empreinte sadi-fétichiste non seulement dans la destruction des draps par le feu, mais aussi dans le besoin qu'éprouvait D... de jeter et de froisser pêle-mêle à terre toute la lingerie, au lieu de s'emparer simplement des objets qui jouaient, dans son cas, le rôle de fétiches. Quant à la responsabilité des individus ayant commis des actes délictueux ou criminels sous l'influence d'une obsession

impulsive irrésistible née d'une perversion sexuelle, on est en principe d'accord pour la considérer comme nulle. La question, il est vrai, se complique singulièrement quand on envisage les faits, et pour ne citer qu'un exemple, celui de Vacher, les experts ont déclaré que ses crimes sont d'un anti-social, *sadique-sanguinaire*, et qu'il doit être considéré comme *responsable*. Pour légitimer une pareille conclusion, il faut évidemment admettre avec Paul Garnier (rapport cité page 452 du Compte rendu du Congrès de 1900) que le sadisme n'est pas nécessairement la manifestation d'un état pathologique, et qu'on peut le rencontrer dans le domaine des actes passionnels, les raffinements du vice arrivant à le produire chez une nature instinctivement violente, brutale, féroce. La tâche de l'expert se complique donc de la nécessité de démasquer ce pseudo-sadisme, et il est facile de concevoir que la même difficulté se pose pour les autres perversions sexuelles, qu'on peut observer, par exemple, du pseudo-fétichisme rentrant dans le domaine des actes passionnels.

Faut-il interner les fétichistes délinquants, voleurs, etc. ?

Ici encore, les opinions sont partagées, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon rapport, et ainsi que le prouve la mise en liberté imminente de D...

L'expert, pour trancher la question, se trouvera forcément dans un certain embarras ; car déclarer qu'un inculpé est atteint de troubles psychiques, d'une psychopathie sexuelle avec impulsions irrésistibles, et par conséquent irresponsable, et prétendre d'autre part que, malgré le retour probable, certain même, des accidents qui ont motivé les poursuites, on ne saurait l'interner dans un asile d'aliénés, constitue, à vrai dire, une antinomie.

Par son article 36, le nouveau projet de loi sur le

régime des aliénés mettrait fin à cette situation embarrassante, en assurant l'internement, dans un asile d'aliénés, de tout individu qui, à raison de son état mental, aura été déclaré irresponsable, et aura, à ce titre, bénéficié soit d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu, soit d'un acquittement, si son état est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison.

KLEPTOMANES ET VOLS AUX ÉTALAGES

Par le Dr P. HOSPITAL

Ancien médecin en chef de l'établissement d'aliénés
de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Je n'ai pas la prétention de faire la monographie de cette singulière monomanie qui a déjà été observée et sérieusement étudiée par divers auteurs et aussi par des jurisconsultes. Sans remonter à l'antiquité, citons : en 1748, dans « l'Homme-machine », La Mettrie écrivait : « Je sens tout ce que demande l'intérêt de la « société, mais il serait sans doute à souhaiter qu'il « n'y eût pour juges que d'excellents médecins; eux « seuls pourraient distinguer le criminel-innocent du « coupable. » Pour cet auteur, sont excusables tous les criminels dont les actes peuvent s'expliquer par un état de démence; les kleptomanes y sont mentionnés. Lavater cite un médecin qui ne sortait pas de la chambre d'un client sans dérober quelque menu objet auquel il ne pensait plus ensuite (Marcé).

Vol aux étalages : «..... Ces exemples établissent « d'une manière suffisante l'existence d'une propension « malade au vol; le peu de valeur des objets volés, « la bizarrerie du choix, l'usage qui en est fait, la position sociale des individus, leur moralité, les antécédents au point de vue de l'hérédité et de l'état mental, « les aveux spontanés du voleur, enfin les phénomènes physiques qui accompagnent les monomanies

« instinctives... toutes ces conditions devront être
 « prises en considération dans le diagnostic souvent
 « délicat de la monomanie-impulsive du vol. » (*Ibid.*)
 « Combien de malades au retour de leurs accès
 « ne peuvent s'empêcher de voler, et de faire des tours
 « de filouterie, tandis que dans leurs moments lucides,
 « on les cite comme des modèles de probité austère. »
 (Pinel.)

D'après l'auteur précité, dont l'autorité est incontestable, en présence de tels contrastes, il faut bien admettre, que tout au moins dans quelques cas, il y a eu manifestation du *quid ægrum* (1).

Morel partage la même opinion : «... C'est dans la
 « phase initiale de la paralysie générale que la ten-
 « dance au vol sévit avec une intensité singulière... ils
 « achètent des objets inutiles et dont le prix dépasse
 « de beaucoup leurs moyens pécuniaires. » J'ai observé
 beaucoup de ces malades dans ma longue carrière.

Pour ce qui est de la paralysie générale, après avoir couvé sourdement, elle éclate tout d'un coup (pour le public) par la phase d'excitation, remarquable par une mégalomanie d'une incohérence stupéfiante et des actes en rapport; il n'est pas étonnant qu'ils se montrent kleptomanes, tout leur appartient, parbleu ! En dehors des écrivains médicaux, vous trouvez encore de ces cas, dans les revues, les recueils curieux de la nature, et autres, les livres d'ana, et d'anecdotes, mémoires des siècles passés, les encyclopédies et jusque dans les faits divers des quotidiens actuels. Ici, c'est un prince qui ne peut aller voir un ami sans lui dérober quelque chose ; là, un praticien qui en agit de même à l'égard de ses clients ; ailleurs un invité, qui met dans sa poche

(1) J'ai constaté plusieurs cas de grivèlerie, chez des dégénérés et des « auto-ambulateurs » en confusion mentale.

un objet de table, tous bibelots qu'on retrouve après leur mort entassés pêle-mêle dans des recoins, de même que ces passereaux corvidés qui oublient sous une tuile ou dans leur nid les bagues et cuillers qu'ils ont volés (1).

Pour ceux et celles que j'ai examinés comme médecin légiste, les responsabilités attribuées ont été très divergentes; car, en définitive, les cas types, ceux de Lasègue, qui ont plutôt l'air de tenir du roman que de la médecine, sont assez rares, quelles que soient leurs causes génératrices et leur nature. En voici quelques exemples qui méritent l'attention par leur originalité.

Un vieux paysan, célibataire et *minus habens*, dérobait non sans difficultés, parfois même avec danger, des objets déposés sur les tombes des cimetières. De toutes ces couronnes effeuillées, de ces bouquets défrachis, de ces urnes effritées et de ces vases ébréchés, il avait composé dans sa grange une sorte de « reposoir » qu'il se plaisait à faire visiter aux intimes et à orner sans cesse de nouvelles dépouilles. L'éveil ainsi donné, il fut facile de le prendre sur le fait. Il n'y avait rien là d'instinctif ni d'instantané, ni d'irrésistible, mais seulement débilité, enfantillage; absous après semonce.

Un comital de la Cellette, s'étant esquivé une nuit, pénétra dans plusieurs granges d'un village voisin, dérobant, dans l'une, des outils qu'il portait dans la suivante et ainsi de suite; le lendemain, explications et ensuite réintégration générale et des objets et du prétendu mystificateur; je dis prétendu, car, dans l'espèce, il n'y a d'une gaminerie que les apparences; il y a eu là une *impulsion instantanée au bouleversement!*

(1) Onaniaque volant exclusivement des tabliers blancs, avec lesquels il satisfait sa passion solitaire (Charcot et Magnan, *Arch. neurol.*, 1852); voleurs de mouchoirs de dames, de tresses de cheveux (Marcé et autres auteurs).

Examinons maintenant les vols aux étalages, déballages, expositions, magasins, toujours au point de vue nosologique. C'est encore à Lasègue que revient l'honneur de cette découverte, en temps qu'entité morbide. Comme je l'ai cité plus haut, ce qui met sur la voie de cet état morbide, ce sont les *circumfusa* qui accompagnent l'acte, tels que : étourderie, incohérence dans l'accomplissement du larcin, presque toujours le peu de valeur des objets dérobés, en regard des inconvénients et parfois de la difficulté de se les approprier, et au danger d'être pris, très souvent la disproportion sociale et financière des délinquants, en comparaison du peu de valeur des objets.

La responsabilité ne devra pas s'en tenir aux considérations ci-dessus; d'autres éléments de diagnostic sont à examiner, en voici quelques exemples : Un dimanche, à Clermont, à 3 heures du soir, au milieu de nombreux promeneurs, un homme s'arrête devant un étalage de confections, décroche un pantalon, le met sous son bras et s'éloigne tranquillement; arrêté, il ne sait que répondre, on apprend qu'il est sujet à de fréquentes attaques comitiales. Ordonnance de non-lien.

Une jeune fille, d'environ douze ans, se promenant avec sa mère, s'arrête devant un étalage; elle subtilise une paire de gants de filoselle, surprise par un commis aux aguets; les renseignements apprirent que l'enfant était d'une extrême bizarrerie, qu'exaspéraient actuellement les approches de la puberté. Agi sans discernement, pas de poursuites.

Un monsieur d'un certain âge, appartenant à la haute société et riche, est surpris, dans un « déballage » que la foule encombrait, mettant dans sa poche des bibelots de valeur insignifiante; l'instruction révéla de l'atavisme morbide, une grande excentricité, ne se rendant pas bien compte de son acte, explications em-

brouillées. Sa famille le réclamant et s'engageant à le surveiller, pas de poursuites.

Une dame, s'approchant de la ménopause, ayant été toute sa vie fantasque et très nerveuse, ayant parfois des crises hystériformes, étant en outre dans l'aisance, est prise dans un magasin, mettant dans sa poche deux ou trois objets de quelques sous; elle balbutie des explications, qui n'auraient eu aucun succès, si l'employé n'avait été frappé de son air des plus égarés. L'ayant examinée, je la trouvai si singulière et bizarre, que vu cet état anormal et la minime importance des objets, je pensai qu'il y avait lieu à ne pas poursuivre, mais à la recommander à sa famille, en vue d'une surveillance étroite.

Dans ces trois observations, il est certain que nous n'avons pas eu affaire aux kleptomanes purs de Lasègue, mais à des sujets déjà défectueux. Si nous avons établi l'irresponsabilité, c'est qu'en dehors des considérants précédents, c'était la première fois qu'on avait quelque chose à leur reprocher, preuve qu'ils avaient agi sous l'influence d'un vertige inconscient, et pour ainsi dire unique.

Les « kleptomanes », comme nous le voyons par les citations ci-dessus, peuvent appartenir à toutes les classes et à toutes les situations financières; mais par un contraste bien bizarre, les atténuations se trouvent du côté du riche et les aggravations du côté du pauvre. La réalité de cette constatation ressort du groupe de symptômes réunis pour légitimer le mot « kleptomanie »; si un millionnaire dérobe un objet minime, on dira que c'est absurde, qu'il faut qu'il ait eu un moment d'égarement, et que certainement son entendement est malade, d'où...; si c'est un pauvre diable, on n'ira pas chercher tant d'explications: c'est la misère qui l'a poussé, de monomanie point, car en face de lui,

le syndrome s'écroule en partie, et l'insolite morbide du délit est plus patente chez le riche que chez le pauvre. Le médecin légiste devra donc se défier de cette impression première, et même la mettre complètement de côté, pour ne s'attacher uniquement qu'au dégagement de la vérité médicale. Si la « kleptomanie » existe, elle ne doit pas être dévolue à une seule catégorie, mais être susceptible de se manifester dans toutes les classes et dans toutes les situations. A lui de chercher ; sa tâche sera difficile dans certains cas : ainsi pour le besogneux délinquant, sa pauvreté même sera pour lui un témoin à charge ; en vain alléguera-t-il qu'il est malade, névrosé, impulsif, inconscient parfois ; la justice en général, assez sceptique à l'égard de ces malades, aura bien de la peine à le croire, et :

« Il a beau la prier

« La cruelle qu'elle est

« Se bouche les oreilles et le laisse... coffrer ! »

Pour acquérir ce dégagement de la vérité médicale, l'expert devra ne négliger aucun détail, finir par connaître à fond son malade après l'avoir souvent examiné psychiquement et somatiquement et s'être procuré, si possible, des renseignements, en dehors de ceux fournis habituellement par le dossier, ce que j'ai fait plusieurs fois.

Les sceptiques ne manqueront pas de m'objecter que nos kleptomanes, je parle des « essentiels » et non des « symptomatiques », pour lesquels dans bien des cas le doute ne peut exister, ont employé une certaine habileté, pris des précautions pour n'être pas pincés, dissimulé le larcin, pris seulement des objets très petits pour mieux se les approprier, subtilisé parfois des objets de valeur, ainsi que les recueils en relatent de nombreux exemples, enfin que, pris sur le fait, ils se retranchent dans le balbutiement d'échappatoires et

d'atténuations qui ne tiennent pas debout, mais dénotent une certaine conservation de la notion de la culpabilité. D'autre part, si vous mettez de côté, ce qui est ressortissant à l'apsychie, à l'enfance arriérée, à l'épilepsie, à la grossesse, aux états nerveux inopinés, à certains traumatismes, aux monomanies de récupération, aux prodromes de la paralysie générale, à l'alcoolisme, peut-être à l'abus des stupéfiants (1), enfin au somnambulisme, que vous restera-t-il? Comme personnalité, quelqu'un de jusque-là correct et à l'abri du soupçon; comme « fait », un délit ordinaire et punissable. Comment répondre victorieusement à ce coup droit? c'est difficile; je vais néanmoins essayer.

Une dame élégante est surprise dans un grand magasin, dissimulant sous son manteau quantité de menues marchandises. Pressée de questions, elle avoue en pleurant : « qu'elle éprouvait une joie incompréhensible à voler dans les grands magasins, poussée qu'elle était par une force à laquelle elle ne pouvait se soustraire. Cette maladie la faisait tellement souffrir qu'elle était habituellement accompagnée d'une amie qui la surveillait de près, mais qui, ce jour-là, n'avait pu venir, que d'autre part elle était en situation de fortune à s'offrir beaucoup plus que ces menus objets sans grever son budget ». L'enquête constata l'exactitude de cette situation. (Journ. de Paris.)

Ces malades *connaissent donc leur état mental*, et les conséquences auxquelles ils s'exposent. « C'est plus fort que moi, disent quelques-uns, c'est comme un tic...; c'est machinal..., je ne peux pas m'en empêcher... »

Les kleptomanes, dégagés de toute connexion avec

(1) On a constaté l'existence de « kleptomanes-morphinomanes ».

un état morbide patent, existent donc; et cette singulière impulsivité constituerait elle-même sa propre entité; elle serait le résultat immédiat, soit de quelque crise mentale larvée, encore inconnue, sans délire apparent, dont la vue d'objets serait la déterminante, ou serait un « tic » comme Lélut en a relaté de si curieux dans son livre (1), et la « confusion morale » dans laquelle est le délinquant pris sur le fait révèle assez l'état de son esprit; il connaît sa morbide propension et ses suites. Il y aurait donc à un moment donné une impulsivité analogue à celles que nous observons journellement dans les monomanies impulsives sans délire déterminant appréciable, qui lui donne naissance? à quelle époque de la vie commence-t-elle? comment se termine-t-elle? mystère; on en voit peu dans les asiles (je parle toujours des essentiels), et ceux que vous consultez ou examinez, vous ne tardez pas à les perdre de vue. Si l'état s'aggrave, l'irrésistibilité revêt les caractères de l'instinct comme chez les alcooliques, les satyres, les exhibitionnistes, les joueurs (2) et d'autres encore qui par certains moments ne se possèdent plus et vont de l'avant en dépit des punitions, des châtimens, de la dignité, de la santé. Je ne sache pas cependant que nos kleptomanes en soient arrivés à des faits redoutables.

Ne pas confondre, s'il vous plaît, les ci-dessus, avec les hommes à conscience élastique qui sont légion; mais du moment que nous donnons rang à la kleptomanie essentielle parmi les monomanies impulsives, si mystérieux que soit cet état mental, il ne l'est pas plus, dans la nosomanie générale, que ses similaires, et doit être assujéti aux mêmes degrés de responsabilité. Mais

(1) *Du démon de Socrate.*

(2) Les Indo-chinois atteints de l'amock.

il n'y a qu'une étude approfondie de tout ce qui touche à l'individu qui puisse apporter à l'expert quelque lumière dans un cas encore des plus obscurs. Il ne suffit pas en effet que l'inculpé vienne vous dire qu'il est pris irrésistiblement, ce serait fort commode, en vérité; il faut que l'expert en arrive à être convaincu scientifiquement de la maladie de son client, et à l'étayer de considérations qui soient de nature à convaincre les magistrats.

Je ne puis passer sous silence, ici, un groupe particulier se rattachant aux « phobiques appréhensifs » et qui semble être la contre-partie des kleptomanes ; mais là, au lieu d'impulsivité, tout est raisonnement et induction. J'en ai observé quelques-uns; ce sont des timorés, à scrupules exagérés et à craintes puériles ; ils sont pris d'une telle frayeur à l'idée d'être accusés de vol à l'étalage ou en magasin, non par suite de crainte de kleptomanie, mais par une étourderie, une inattention, une inadvertance, ou bien encore par quelque quiproquo imprévu, qu'ils fuient avec soin les étalages et expositions ; que dans un magasin ils ne touchent à rien si ce n'est en présence du négociant, et encore n'examinent-ils qu'un seul article. S'il s'agit de choses précieuses, ils ne manquent pas d'être assez inquiets. On m'a cité une dame qui était obsédée à tel point par cette appréhension qu'elle n'allait jamais en ville sans se faire suivre et étroitement surveiller par sa femme de chambre.

S'il y a de vrais kleptomanes, il y en a aussi de faux. Je ne parle pas des cas douteux et discutables, mais bien de supercherie dolosive. En voici un amusant exemple cueilli dans les faits divers : Il y a quelques années, on arrêtait dans une rue de Paris un monsieur de grande allure, vieillard plein de distinction, qui prenait aux étalages quantité de bibelots qu'il fourrait

dans ses poches. Quand il était pris, survenait un laquais en livrée qui faisait signe au marchand que son maître avait la tête un peu malade par suite de chagrins et payait sur-le-champ. Mais « tant va la cruche à l'eau, qu'à la fin... ils furent pris » ; c'étaient, bien entendu, deux ingénieux compères.

Comme conclusion, la kleptomanie, dégagée de toute cause appréciable, morbide ou physiologique, physique acquise ou intellectuelle ou imposée est rare, et son existence une fois constatée, elle doit se classer dans le groupe des monomanies essentielles impulsives dont le point de départ doit être quelque lésion de fonction cérébrale, susceptible de guérison, si la lésion n'est pas organique; et, en cette occurrence, quelle thérapeutique employer? Quand la cause est physiologique (puberté, puerpéralité, grossesse, ménopause), elle peut disparaître avec ces états ; de même quand la cause est acquise (alcoolisme, morphinomanie, cocaïnisme, traumatisme, somnambulisme) ; de même dans beaucoup de névroses et de psychoses guérissables ou tout au moins amendables ; améliorée dans les cas de dégénération et de défaut de développement intellectuel, ou un retard évolutif, par l'emploi d'une pédagogie spéciale ayant pour principal objectif la culture du sens moral. Je viens de lire dans le journal *le Matin* (numéro du 12 octobre 1907), l'article suggestif suivant : Victoire de la science, voleurs et assassins guéris par la trépanation. Il s'agit du D^r Hollander, de Londres, le spécialiste bien connu pour les maladies nerveuses et les troubles mentaux : « Il est en effet exact, nous raconte le célèbre spécialiste, que tout dernièrement j'ai opéré une guérison qui pour n'être pas unique n'en est pas moins intéressante par le fait qu'elle confirme une théorie que j'ai souvent émise dans mes derniers ouvrages sur les dérangements cérébraux... » ;

suivent plusieurs observations : jeune homme, intraitable après traumatisme crânien déjà ancien ; complètement transformé par la multi-trépanation ; « kleptomane », suite de chute sur la tête, guéri par trépanation, etc. Nous devons admirer l'habileté et la hardiesse du chirurgien ; mais ces cas sont, ainsi que l'opération, justifiés par le fait de traumatisme antérieur ; mais dans les cas idiopathiques, un kleptomane, d'ailleurs bien portant, accepterait-il facilement de se faire forer et fouiller la tête ? le mot « trépanation » est macabre. Bien que l'opération soit moins grave qu'on ne le croit (1), elle est sérieuse et effrayante. Mais alors, c'est là qu'il faut être sûr de son diagnostic, et ne pas exposer un faux malade, ou un simple monomaniacque, aux aléas d'une tentative susceptible de graves complications. Dans les cas de kleptomanie essentielle, ne pouvant se rattacher à rien d'appréciable, que faire, en dehors des médications pharmaceutiques et hygiéniques employées jusqu'à ce jour contre les monomanies ? Ne pourrait-on essayer de la suggestion hypnotique (2) ? On raconte à ce sujet des cures surprenantes opérées particulièrement sur des alcooliques ; bien qu'ayant assisté et même pris part à des expériences de ce genre, mon « chemin de Damas » sur ce point est encore à chercher ; moi et d'autres ne sommes pas « médiums ». On peut toujours en essayer comme je l'ai tenté sans succès dans quelques circonstances (3). Enfin, si rien ne réussit, il n'y a plus qu'à tout attendre du temps ; n'avons-nous pas constaté, souventes fois

(1) Hospital, Quelques mots sur la trépanation préhistorique. *Bull. acad.*, Clermont, septembre 1890.

(2) Hospital, Considération sur la catalepsie. *Ann. méd. psych.*, mai 1892.

(3) Hospital, Considérations médicales sur les sciences dites occultes. *Bull. hist. acad.*, Clermont, 1897.

dans le cours de la vie d'un individu, que son caractère change, ses facultés, ses goûts, ses appétences se modifient et que survient l'assagissement, à mesure que les événements reconviennent « l'être premier » d'une « condition seconde » ? Le contraire peut avoir lieu, il est vrai ; cela dépend de la solidité et de la rectitude de la première éducation. On ne naît pas kleptomane, on le devient ; le mal n'est donc pas incurable, il peut passer ; donc il ne faut pas désespérer.

Revue critique.

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

A PROPOS D'UN OUVRAGE RÉCENT¹

Par le Dr Victor PARANT père,

Médecin-Directeur de la Maison de santé de Toulouse.

Au moment où la Chambre des députés eut consacré par un dernier vote, en 1907, une proposition de loi sur le régime des aliénés qui avait été soumise à ses délibérations, de très vives critiques s'élevèrent contre cette proposition de loi à laquelle on trouvait de nombreux défauts. Ce n'est pas seulement du milieu des médecins aliénistes que vinrent ces critiques. On fit remarquer, tout en rendant justice à quelques-unes de ses innovations, que d'une manière générale elle était d'une application difficile, qu'en maint endroit elle était inconséquente avec elle-même, et qu'elle allait à l'encontre même du but qu'elle s'était proposé.

Depuis lors, le silence s'est fait dans la critique. La proposition de loi, votée par la Chambre des députés, a été envoyée au Sénat, qui, suivant l'usage, en a confié l'examen à une commission spéciale. Cette commission, si l'on en croit les on-dit, n'a pas tardé à être frappée des défauts, des difficultés d'application, de la réglementation excessive et de la complexité inutile d'un

(1) *Le régime des aliénés*, par le Dr Ferdinand Dubief, auteur et rapporteur d'une proposition de loi sur le régime des aliénés, avec une préface par le Dr Bajenoff (de Moseon). 1 vol., Paris, Jules Roussel, 1909.

certain nombre des dispositions qui lui étaient soumises. Quoi qu'il en soit, jusqu'à ce que la commission ait fait connaître le résultat de son étude, on ne peut rien en dire.

Il n'y aurait donc pas matière à examen nouveau de la question, si nous n'avions à arrêter notre attention sur l'ouvrage que nous venons de mentionner. Nous devons d'autant plus nous en occuper qu'il émane de l'un de ceux qui ont joué le rôle le plus considérable et le plus prépondérant dans l'élaboration et dans la discussion de la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés. Lui-même s'indique comme auteur de cette proposition. Nous avons donc grand intérêt à connaître quelles ont été ses vues, ses intentions, et comment il a entendu les réaliser.

Dans une introduction qui reproduit presque littéralement celle qui figure en tête du rapport soumis aux députés, avant la discussion, et qui commence par un résumé rapide de la loi du 30 juin 1838, après avoir énoncé les griefs formulés contre cette loi, M. Dubief signale les intentions de la loi nouvelle, pour empêcher les séquestrations arbitraires, pour protéger les biens des aliénés, pour organiser la surveillance des établissements qui leur sont consacrés ; il dit ce que doit être un asile public d'aliénés, tant au point de vue financier qu'au point de vue administratif.

Chacun de ces points fait, dans les chapitres de l'ouvrage, l'objet non pas d'une étude, mais plutôt d'affirmations catégoriques. L'impression que l'on ressent de leur lecture est qu'ils résument des idées préconçues et des opinions toute faites, plutôt qu'ils ne sont un examen attentif et impartial de ce qui est, de ce qui devrait être. Que M. Dubief nous permette de le dire, ce n'est pas une œuvre de ce genre que l'on pouvait attendre de lui et de la position importante qu'il a occupée dans l'affaire. En l'écrivant, il a dû certainement dépouiller sa double qualité d'auteur et de rapporteur d'un projet de loi soumis à une Chambre de députés, pour ne garder que les tendances d'un polémiste. Nous ne pouvons que déplorer qu'il en soit ainsi, car cela est de nature à nuire à la bonne qualité des choses qu'il dit et à

infirmier la portée de ses arguments. Il se laisse évidemment beaucoup guider par l'opinion publique, pour laquelle il prend parti. Sans doute l'opinion publique a son importance; sans doute en bien des cas il faut en tenir compte. Mais quand il s'agit de faire œuvre législative, c'est-à-dire de se rapprocher aussi étroitement que possible de la réalité des choses et d'établir des règles qui soient d'une application juste, opportune, aisée et simple, ce n'est plus à l'opinion publique qu'il faut s'en rapporter, mais seulement à l'étude, à la constatation et à l'application des faits réels.

Cela est particulièrement sensible et évident lorsqu'il parle des prétendues séquestrations arbitraires dans les asiles. Il ne fait pour ainsi dire état que de ce qui a été dit là-dessus par des gens, bien intentionnés sans doute, mais ordinairement mal documentés et qui dans la plupart des cas parlaient d'une manière légère.

« Le grand grief contre la loi de 1838, dit-il (page 77), celui que la conscience publique a relevé avec colère, c'est de laisser ouverte à de déplorables attentats contre la liberté individuelle, à des spoliations odieuses, et à des exploitations inavouables, une porte que le législateur doit murer hermétiquement, tout en assurant à tous protection contre les dangers que les aliénés font courir à la société... »

Et ailleurs (page 136) : « Qui dira le nombre de malades séquestrés dans les asiles privés — sans nécessité — et surtout pour assurer à une famille cupide la libre disposition de biens dont elle s'attribue ainsi la jouissance et le profit ? »

Voilà de bien grands mots, des paroles bien véhémentes !

Qui parle ainsi ? Est-ce un législateur impartial, à même d'être bien renseigné, bien documenté, et qui tient compte des investigations sérieuses, attentives, sévères, faites à maintes reprises par les autorités administratives et judiciaires, au sujet de faits que l'opinion publique a regardés comme des séquestrations arbitraires ? Ne pourrait-on plutôt croire que c'est un profane quelconque dont l'opinion a été influencée par des dires dont il n'a pas été à même de vérifier la justesse ?

Qu'il y ait eu des séquestrations arbitraires, c'est possible ; mais vraiment, est-ce prouvé ? Et peut-être encore, si tant est qu'il y en ait eu, ne serait-il pas plus exact de les appeler injustifiées ou intempestives ? L'emploi des mots donne aux choses leur signification vraie ou fausse. Dans l'arbitraire, il y a l'intention coupable, tandis que dans l'intempestif et dans l'injustifié il n'y a que l'erreur. Mais s'il y a eu de ces séquestrations, combien peu nombreuses, et de peu de durée ! Des faits isolés peuvent-ils être pris comme habitude et règle ? N'est-il pas arrivé parfois que des magistrats se soient trompés sur de prétendus coupables, et qu'ils leur aient injustement infligé une trop longue prison préventive, ou qu'on les ait frappés de peines imméritées ? Est-ce à dire en principe que la magistrature ne pratique que l'arbitraire ? Ce qui est vrai de l'application de la justice, pourquoi ne le serait-ce pas de l'internement des aliénés ?

M. Dubief fait grand état de ce que dirent des orateurs, en 1837, dans les discussions qui ont précédé le vote de la loi du 30 juin 1838. « Les établissements privés, disait l'un, sont des spéculations, et on a vu leurs propriétaires accorder des rétributions aux officiers de santé de campagnes pour leur amener des personnes faibles d'esprit... » Et un autre : « C'est dans ces maisons que par une collusion coupable on parvient à ensevelir les victimes que l'on veut priver de leur liberté... »

Cela se disait en 1837, avant l'application de la loi du 30 juin 1838. Qu'il y ait eu alors des abus, des pratiques scandaleuses et coupables, c'est bien possible ; aucune prohibition légale ne les empêchait et la surveillance sur les établissements d'aliénés était nulle. Mais, depuis lors, en a-t-il été de même ? L'opinion publique, sur ce sujet, a continué à vivre sur ce qu'elle avait entendu dire en 1837, et elle n'a pas pu faire mieux que de supposer qu'il avait continué d'en être ainsi. Elle est longue à modifier sa croyance, l'opinion publique ; elle est tenace dans ses erreurs. Combien de gens aujourd'hui encore, dans le public, raisonnent, en fait de médecine, d'après les doctrines humorales qui

étaient en honneur au XVII^e siècle ? Combien croient que la gravité de certaines maladies provient de ce que les nerfs sont mêlés dans le sang et dans la bile ? Se demandent-ils ce que cela signifie ? Non. Ils parlent comme le faisait Diafoirus. Nous en sommes pourtant bien loin et, pour sûr, la valeur de l'opinion publique est tout aussi grande dans la question des séquestrations arbitraires que dans celle des doctrines humorales.

M. Dubief semble si bien imbu de cette idée, qu'il y a eu, qu'il doit nécessairement y avoir eu des séquestrations arbitraires, qu'il récuse la valeur des témoignages les plus sérieux contre leur existence.

Au moment où il prit le pouvoir, en 1907, M. Clemenceau, président du Conseil et ministre de l'Intérieur, ordonna une enquête importante à ce sujet. Tous les établissements d'aliénés, publics ou privés, furent visités par des commissions constituées dans chaque département et qui durent, comme le dit lui-même M. Dubief, « dresser une sorte d'inventaire du personnel des asiles, véritable bilan moral des établissements d'aliénés » (page 147). Ces commissions ont fonctionné partout et ont accompli leur tâche avec soin. Ont-elles rencontré des cas de séquestrations injustifiées ? On ne l'a pas dit, et nous avons lieu de croire que s'il s'en était rencontré, on n'eût pas manqué de le dire, surtout à propos des établissements privés.

Ces commissions furent en général composées habilement d'hommes dont on ne pouvait suspecter ni la perspicacité, ni l'intelligence, ni le soin. Celle de la Haute-Garonne comprenait trois professeurs de l'Université, un de la Faculté de médecine, un de la Faculté de droit, un de la Faculté des lettres, un président de chambre à la Cour d'appel, un membre de la municipalité toulousaine. Un de ces membres, il le disait lui-même, était défiant en fait de séquestrations. Le professeur de la Faculté de médecine, homme d'un très grand mérite professionnel, très versé dans la connaissance des maladies nerveuses et point étranger à celle des maladies mentales, se trouvait être un homme très particulièrement circonspect, disons même timoré, en matière de certificats pour internement des aliénés, et

ne voulant en délivrer que quand il est en quelque sorte dix fois vaincu par l'évidence.

Ils ont accompli leur mission avec soin et conscience. Ils ont vu tous les internés qu'ils avaient à voir. Ils se sont trouvés en présence de quelques-uns de ces malades dont l'aliénation mentale n'est pas toujours appréciable à première vue. Ils ne se sont pas hâtés de former leur jugement et ont répété leurs examens autant qu'il le fallait. Finalement, tant à l'asile public que dans notre maison privée, ils ont reconnu que tous les internés étaient à leur place.

Il a dû en être de même partout et, nulle part, on n'a signalé de séquestrations dites arbitraires. Mais cela importe peu à M. Dubief. L'opinion publique veut qu'il y ait des séquestrations arbitraires ; il faut donc parler comme s'il y en avait, et de nombreuses, et de fréquentes, et partout, et surtout dans les établissements privés. « Les meilleures circulaires, dit-il (pages 146), si bien inspirées qu'elles soient, comme celle de M. le ministre de l'Intérieur, ne feront pas que la loi elle-même (la loi du 30 juin 1838) ne soit insuffisante, et ne laisse se produire des incidents que l'opinion publique exagère et dont s'affole par moments la conscience humaine. »

O opinion publique ! que d'erreurs on commet en ton nom !

Nous nous souvenons d'un drame terrible qui jadis émut profondément notre région. Le Dr Gérard Marchant, médecin-directeur de l'asile public de la Haute-Garonne, fut tué par un de ses pensionnaires, qui était un aliéné persécuté redoutable et qui finit ses jours à Charenton. Les témoignages qui établissaient son état d'aliénation mentale étaient si nombreux que dans l'enquête faite par le parquet de Toulouse, après l'attentat, en vue d'une expertise médicale, on en réunit un véritable monceau. Eh bien, la population entière d'un très gros chef-lieu de canton, qui avait été le dernier séjour de cet homme avant son internement, s'était levée avec un ensemble extraordinaire, maire en tête, pour protester contre le placement à l'asile. Lui aliéné ! O quelle erreur monstrueuse ! Séquestration arbitraire ! Séquestration arbitraire !! Séquestration arbitraire !!! Partout

des articles de journaux sur ce thème, virulents et indignés ; pétitions aux ministres. pétitions aux Chambres, brochures, réunions publiques, rien n'y manqua pour protester. Hélas ! après le drame il fallut déchanter. Elle était là, l'opinion publique, et c'est pourquoi nous déplorons tant de voir M. Dubief en faire si grand état et la prendre en quelque sorte comme le phare de ses appréciations et de sa conduite.

Quelle est d'ailleurs la conséquence ? c'est d'une part, que loin d'éclairer cette opinion publique comme il le faudrait, cela l'entretient dans ses erreurs ; c'est d'autre part, que le souci qu'il en éprouve a conduit M. Dubief à introduire dans sa proposition de loi des dispositions qui vont tout à fait à l'encontre des idées saines et généreuses qu'il a soutenues. Il a proclamé, en effet, qu'il fallait assurer la guérison des aliénés, faciliter leur entrée dans les asiles, dans les seuls établissements où ils puissent être efficacement soignés. Mais il a accumulé tant de complications, tant d'entraves autour de cette entrée, il a fait surgir là-dessus de si graves difficultés, que nous devons craindre de voir les familles se hâter moins que jamais de mettre leurs malades en traitement et que le résultat sera inverse de celui que M. Dubief a déclaré nécessaire d'obtenir.

Qu'on nous pardonne de nous être arrêté si longtemps sur ce sujet des séquestrations arbitraires, où il semble que déjà tout ait été dit. Mais comme M. Dubief en fait en quelque sorte le pivot de son étude sur l'internement des aliénés, et qu'il y insiste beaucoup, nous étions bien forcés de le suivre.

Dans le même ordre d'idées, et toujours sous l'influence des préoccupations de l'opinion publique, M. Dubief semble ne voir les séquestrations arbitraires possibles que dans les établissements privés. Ne sait-il donc pas qu'elle s'attaque tout aussi bien aux asiles publics ? Nous venons d'en donner un exemple. Tout récemment encore dans la Haute-Garonne, nous avons vu l'homme distingué et consciencieux qui dirigeait alors l'asile, M. le D^r Dubuisson, en butte aux suspensions et aux attaques les plus violentes. Vingt au moins de ses pensionnaires réclamaient avec énergie. Les

réclamations pleuvaient au parquet de Toulouse et à la Préfecture ; les journaux s'en faisaient les échos et ils eurent de virulents articles qui s'intitulaient comme souvent « les Bagnes d'aliénés » et autres appellations de même genre. L'opinion publique était, on peut le dire, surexcitée au plus haut point. L'état de chacun des réclamants fut l'objet d'examens sérieux, d'enquêtes attentives, et sans peut-être pour un, qui encore ne protestait pas contre son internement, qui, envoyé au hasard à Toulouse par le département de la Seine, alors qu'il était Champenois, demandait à être transféré dans son pays, non loin de sa famille, et qui aurait été mieux à sa place dans un hospice que dans un asile d'aliénés, mais que M. le D^r Dubuisson gardait par commisération pour lui, parce qu'il était infirme, sans ressources, et que, si on l'avait mis hors de l'asile il aurait été voué à la plus extrême misère, sauf pour celui-là il fallut bien reconnaître que tous les autres étaient de vrais aliénés, et deux ou trois des pires.

M. Dubief n'est point partisan des asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Il en demande la suppression ; c'est son droit. Il est ennemi surtout de ceux qui sont dirigés par des congréganistes ; toute opinion est soutenable. Mais sur quels arguments s'appuie-t-il pour réclamer leur suppression ? C'est que, dans ces établissements, on a surtout pour objet d'exploiter le travail des indigents ; c'est que, de cette manière, on transforme en industries lucratives des établissements qui ne devraient être que de pure assistance ; c'est que la plupart de ces asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont mal installés, vieux couvents, bâtimens quelconques, aménagés vaille que vaille, aussi économiquement que possible, et qui ne sont nullement convenables pour hospitaliser des aliénés.

En donnant ces arguments, M. Dubief ne sait-il pas qu'il condamne plus d'un asile public, par conséquent ni privé, ni congréganiste ? Nous ne voulons en nommer aucun ; mais qui donc ne connaît de ceux auxquels nous faisons allusion.

L'exploitation lucrative des aliénés l'est-elle plus dans ces établissements que dans les asiles publics ?

Certes nous ne nous portons pas garant de tous les asiles privés faisant fonction d'asiles publics; nous n'en connaissons qu'un petit nombre. Mais réellement, y fait-on travailler rien de plus qu'un certain nombre d'assistés, ceux qui le peuvent? Et sous ce rapport même, M. Dubief ne peut pas disconvenir que le travail ne soit pas plus profitable que nuisible aux aliénés employés. « Il est, dit-il (page 76), une doctrine admise en médecine mentale, que le travail pour les aliénés est, sinon le plus puissant moyen de médication, du moins le meilleur adjuvant de la thérapeutique et de l'hygiène... il faut en user à propos, et dans une mesure convenable que le médecin doit rechercher... » En agissant comme ils le font, les asiles privés faisant fonction d'asiles publics se comportent-ils vraiment d'autre manière que les asiles publics?

Quant à ce qui est de la construction, de la disposition intérieure et de l'aménagement de quelques-uns, tout cela est aussi bon, aussi parfait que dans bien des asiles publics. Que s'il en est quelques-uns qui soient défectueux, cela donc ne veut nullement dire que tous le soient.

Le gain lucratif réalisé sur les aliénés assistés dans ces asiles, les éléments de lucre et de profit sont-ils plus grands que dans les asiles publics? On y demande de 1 franc à 1 fr. 50 par jour pour chaque individu. Y a-t-il des asiles publics où l'on demande moins? N'y en a-t-il pas où l'on demande plus? Peut-on dire qu'avec une somme si modique on puisse réaliser un grand profit sur chaque individu?

Il peut y avoir des raisons administratives qui fassent préférer, pour les aliénés assistés, les asiles publics aux asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Cela, nous ne le discutons pas, et si M. Dubief estime que cela doit être, nous n'avons nullement la prétention de lui dire qu'il n'a pas le droit de le désirer. Mais vraiment, si, pour en arriver là, il n'y avait pas d'autres raisons que celles qu'il invoque, et qui sont ce qu'on peut appeler des raisons d'opinion publique, elles ne seraient pas suffisantes.

Dans la troisième partie de son ouvrage, M. Dubief

examine ce que doit être un asile d'aliénés. Il rappelle tout d'abord que depuis Pinel, les aliénés ont été considérés comme des malades, grand progrès sur les conceptions antérieures qui en faisaient tout autre chose. Il va ensuite plus loin et pose en principe pour la société l'obligation d'assister les aliénés indigents.

Rendons-lui sur ce point la justice à laquelle il a droit. C'est un mérite réel d'avoir contribué à poser nettement ce principe. « Nous avons, dit-il (page 172), demandé à la Chambre des députés de poser dans la loi le principe de l'obligation pour les pouvoirs publics d'assister les aliénés et de leur assurer les soins médicaux qui leur sont nécessaires. »

Ce principe était bien dans l'air ; on en reconnaissait explicitement l'existence. Mais il n'avait pas encore été formulé d'une manière aussi nette et M. Dubief aura eu le mérite incontestable de le faire ériger en loi. En vertu de cette loi, ni les départements, ni surtout les communes, qui, sous ce rapport, pour éluder leurs obligations, déploient les ressources d'une ingéniosité inépuisable, quand elles ne se retranchent pas derrière une indifférence absolue, ni les uns ni les autres ne pourront se soustraire à leurs devoirs.

Mais, ce principe posé, à quels individus va-t-il s'appliquer, et quels seront les justiciables de l'asile d'aliénés ?

Dans son introduction M. Dubief a déjà, sommairement, exposé ses vues à cet égard (p. 69). « Que doit être l'asile ? dit-il : un lieu de guérison, d'abord, puisque l'aliénation mentale est curable comme toute autre maladie... Mais si nous considérons dans ses diverses variétés la clientèle de l'asile, nous constatons qu'en même temps qu'un hôpital il doit être : 1° Une sorte de colonie, qui a le souci du bon ordre, de la décence publique que la sécurité des citoyens ou des malades eux-mêmes ne permet pas de laisser en liberté dans le milieu social ; 2° une école pour les idiots, les imbéciles, les crétins, les arriérés et les épileptiques ; 3° un dépôt pour les gâteux et les séniles non placés dans les familles ; 4° une prison adoucie, un asile de sûreté pour les criminels devenus aliénés et les aliénés criminels ;

5° enfin un refuge de tempérance pour les buveurs. »

A tout prendre, il n'est pas impossible de justifier cette longue énumération et de dire que tous les individus mentionnés peuvent à l'occasion trouver leur place dans un asile d'aliénés. Mais aussi ne rend-elle pas quelque peu effrayante la conception de l'asile et de son extension ? On se plaint déjà de ce que certains asiles ont une population trop nombreuse. Que serait-ce si on y faisait entrer tous ceux qui relèvent des catégories énumérées ? Et si, prenant les choses à la lettre, on les y internait tous, ne donnerait-on pas souvent prise au terrible soupçon de séquestration arbitraire ? Il ne fallait pas que la femme de César pût être soupçonnée d'inconduite : il ne faudrait pas que les asiles, sous le couvert d'étiquettes trop nombreuses et nécessairement vagues, pussent être suspectés de détenir injustement bon nombre de leurs pensionnaires. Parmi les buveurs d'habitude n'y en a-t-il pas un grand nombre qui ne frisent, ni de près ni de loin, l'aliénation mentale, sinon un jour, parfois le dimanche, souvent le lundi, où ils auront donné satisfaction à leur passion favorite, quitte à ne plus boire beaucoup le reste de la semaine ? Des épileptiques, n'est-ce pas le plus grand nombre qui sont étrangers à l'aliénation mentale proprement dite ? Sans doute tout épileptique doit être suspect ; mais si tout épileptique a droit à l'assistance, ce n'est pas dans un asile d'aliénés. Nous constatons d'ailleurs que la Chambre l'a compris, puisqu'elle a spécifié que dans un délai déterminé les départements devront ouvrir des asiles spéciaux, ou à tous le moins des sections spéciales, pour ces catégories d'assistés. Mais ces sections spéciales elles-mêmes sont-elles bien à leur place dans le cadre des asiles ?

C'est une conception vraiment curieuse, celle qui consiste encore à demander que les asiles d'aliénés deviennent aussi, peu ou prou, des maisons d'éducation pour imbéciles, idiots, crétins et congénères.

M. Dubief va jusqu'à ouvrir la porte des asiles aux vagabonds. Que parmi ceux-ci il y en ait qui en soient réellement les clients éventuels, oui certes, et peut-être même un grand nombre. Le dernier congrès des aliénistes, en traitant de la question des Fugues chez les

aliénés (1), l'a établi surabondamment. Mais tous, c'est aller bien loin ; et dans cet ordre d'idées, voici que l'asile qui est déjà un hôpital ou lieu de traitement, un hospice, un refuge, une école, devient encore un dépôt de mendicité. M. Dubief, dans un de ses chapitres, repousse la doctrine du demi-fou et du demi-responsable soutenue par M. le professeur Grasset. Il n'a pas tort, car cette doctrine, dans certaines de ses parties, nous paraît inacceptable, comme nous l'avons exposé ici même en 1907. Mais en la repoussant, il lui donne plutôt une consécration extensive, en faisant entrer dans les asiles d'aliénés les épileptiques, les buveurs d'habitude, les vagabonds, sans aucune distinction.

En réalité, nous le répétons, la plupart de ceux-ci n'y sont pas à leur place et mieux vaudrait qu'une loi sur les aliénés n'en fit aucune mention. Un asile d'aliénés doit être seulement, d'une part un lieu de traitement pour des aliénés curables, c'est sa fonction primordiale ; d'autre part un lieu de refuge pour des aliénés incurables, c'est sa fonction consécutive. Mais il ne s'applique qu'à des aliénés et ne doit recevoir que des aliénés. Les imbéciles, les idiots, s'ils sont susceptibles d'une certaine éducation, pourront être mis dans des écoles créées pour eux, rien de mieux. Qu'on s'efforce de faire qu'ils ne soient plus strictement des non-valeurs, rien de mieux encore. Mais charger l'asile de cette fonction et de plusieurs autres, c'est méconnaître son caractère, et c'est s'exposer à ce que les aliénistes, qui pas plus que personne ne peuvent être des hommes universels, ne remplissent plus bien du tout leur mission. Nous plaindriions, quant à nous, le médecin-directeur, fût-il l'homme des plus grandes capacités, qui aurait à diriger, à surveiller tant de choses disparates. Comment sa tête y tiendrait-elle, si même sa bonne volonté s'y appliquait consciencieusement ? Ou bien il devrait avoir à côté de lui un lieutenant, sorte de sous-secrétaire d'Etat, pour chacune des catégories différentes ; ou bien il ne s'occuperait que de telle ou telle en négli-

(1) Voir à ce sujet le compte rendu des travaux du Congrès et notamment le rapport présenté sur la question par M. le D^r V. Parant, fils.

geant les autres ; à moins, ce qui serait encore d'une réalisation plus facile, qu'il ne les négligeât toutes également. C'est bien le cas de répéter le vieux proverbe : « Qui trop embrasse mal étreint. »

Un court article parle du certificat médical réclamé au moment de l'admission de l'aliéné dans l'asile. M. Dubief dit qu'il a d'abord été partisan du certificat unique, et de fait, dans la proposition de loi votée par la Chambre des députés, il n'est réclamé qu'un seul certificat. M. Dubief déclare qu'à l'heure actuelle il est devenu partisan de deux certificats ; il n'en donne guère d'autre motif sinon que c'est ainsi que le veut la loi anglaise. Les résultats en sont-ils bons en Angleterre ? nous ne savons. Mais on peut, avec de bonnes raisons, soutenir que le certificat unique est préférable. Quel est le but de ce certificat ? On ne devrait pas lui en attribuer d'autre que de donner au médecin de l'établissement d'aliénés une première indication sur le malade qui lui est confié. Le considérer comme l'élément essentiel du placement est pur sophisme. Et la base du placement, l'élément essentiel de sa responsabilité, c'est la demande d'admission, de qui que ce soit qu'elle émane. Que voyons-nous, d'ailleurs, dans la pratique, nous qui nous occupons des aliénés ? c'est que la plupart des certificats se traînent par la force des choses dans un certain vague auquel ils ne peuvent échapper. Presque tous les médecins non spécialistes sont capables de reconnaître qu'un individu donne des signes d'aliénation mentale ; ils sont à cause de cela capables de donner des conseils d'internement. Mais la plupart, soit dit sans porter atteinte à la considération qui leur est due, sont incapables de porter un diagnostic précis sur la forme de la maladie. Tout récemment encore nous avons eu entre les mains un certificat d'un homme justement considéré comme bon praticien dans le lieu où il exerce la médecine, et qui qualifiait paralysie générale progressive un accès de manie aiguë chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. Ce n'est pas dans la multiplicité des certificats d'admission que réside la garantie contre les séquestrations injustifiées, c'est plutôt dans l'honorabilité et la conscience de celui

qui les délivre ; c'est bien plutôt encore dans le soin du contrôle fait au moment de l'admission, soit par les médecins des asiles, soit par les autorités chargées de surveiller les établissements d'aliénés. Aussi, à notre avis, sur ce point, la première opinion de M. Dubief était certainement la meilleure, et c'est à elle que la Chambre des députés a bien fait de se ranger.

Dans ce même ordre d'idées nous pourrions ajouter que l'idée qu'on a eu de demander un rapport au lieu d'un certificat n'améliorera nullement la situation. Que pourra être un rapport ? une simple énumération de faits à la manière d'un rapport de garde-champêtre. Et si nous nous en rapportons à certains certificats que leurs auteurs ont cru devoir faire un peu longs, combien ce rapport contiendra de choses inutiles, complètement étrangères à leur objet. Ce faisant, on aura induit à augmenter la longueur des paperasses, sans les rendre meilleures, et sans augmenter en rien les garanties qu'on prétend leur demander.

Un autre court article traite des mesures à prendre pour protéger les biens des aliénés. A entendre M. Dubief, il n'y aurait eu jusqu'ici que les aliénés placés d'office qui auraient échappé au malheur de voir leurs biens dilapidés par des parents ou des amis coupables ; à l'en croire, « ils sont de tous les jours, les exemples de malades dont le patrimoine est dissipé par un tuteur infidèle, ou, de leur vivant, absorbé par des parents indignes, ou détenu indûment pendant un temps plus ou moins long ».

— « Ah ! dit-il encore, la moisson serait abondante de faits de cette nature, si ceux qui les connaissent, directeurs ou médecins d'asiles, garantis contre toutes représailles, déliés de tout secret professionnel, pouvaient et voulaient parler ! »

Nous ne contestons pas et personne ne contestera que sur ce point la loi du 30 juin 1838 ne présente des lacunes. Mais à notre avis, l'ardeur de polémique de M. Dubief l'emporte loin au delà de la réalité. Il en est de la dilapidation des biens des aliénés à peu près comme des séquestrations arbitraires ; elle n'est guère

fréquente, quoiqu'on puisse sans doute en citer des exemples incontestables. Voici trente-quatre ans que nous dirigeons notre Maison privée; nous avons vu passer devant nous bien des malades. Nous en connaissons bien peu dont l'avoir ait été compromis par leurs ayants droit; encore, dans les cas que nous pourrions relever, il s'agissait bien plus d'incurie, de négligence ou d'incapacité que de cupidité ou de malversations.

Que ce soit pour une cause ou pour une autre, il est toujours déplorable de voir que la fortune d'un aliéné puisse être détournée ou compromise. On ne peut donc qu'approuver le législateur de prendre des mesures pour l'empêcher. Mais ce qu'on peut à bon droit reprocher à la loi à laquelle M. Dubief s'est attaché, c'est d'avoir pris des mesures trop prématurées, trop générales, trop absolues, sans tenir compte de la curabilité ou de l'incurabilité de la maladie, de la plus ou moins longue durée nécessaire à l'internement, de la qualité ou du degré de parenté des personnes qui ont le soin et la responsabilité des malades. La protection n'est utile, n'est nécessaire que pour les incurables; et c'est une injure gratuite faite à tous les pères et mères, à tous les époux ou épouses, à tous les fils ou filles, que de les déposséder d'emblée de la gestion des biens de ceux qui les touchent, pour confier obligatoirement, comme le veut la loi, cette gestion à des étrangers. Sous ce rapport, à notre avis, la loi est vraiment mauvaise et contribuera à empêcher bien des internements utiles et par suite des guérisons. Nous avons déjà indiqué ce danger ici même en 1907, et nous n'y insistons pas davantage à nouveau.

Nous ne ferons que mentionner les pages intitulées : « Fonctionnaires ou Médecins », dans lesquelles M. Dubief s'efforce de justifier les dispositions législatives en vertu desquelles les médecins aliénistes, au lieu d'être obligatoirement et exclusivement attachés à leurs asiles, comme ils l'ont été jusqu'ici, et ne s'occupant pas d'autre chose, pourraient vivre au dehors, loger loin de là, n'y paraître qu'une ou deux fois par jour pour leurs visites et se livrer à leur gré à la pratique de la clientèle

ordinaire. Cela est peut-être possible à Paris. En province, ça ne l'est pas du tout. Ces dispositions ont provoqué de telles protestations et ont été appréciées de telle manière par les personnes compétentes que, sans aucun doute, elles ne subsisteront pas.

Bien que M. Dubief reproduise à la fin de son livre le texte de la disposition de loi dont il a été le rapporteur et que la Chambre des députés a votée, nous n'en ferons pas ici l'étude. Notre seul but était de rechercher, de montrer, si nous pouvons ainsi parler, l'état d'âme de celui qui a été un des principaux artisans de cette loi. Ce qui ressort principalement de ce que nous avons pu constater dans son livre, c'est que M. Dubief part d'intentions excellentes, d'idées généreuses, de considérations sages. Mais il faut bien ajouter que la manière dont il expose et justifie ses idées n'est point celle qu'on aurait voulu rencontrer sous sa plume. On y sent beaucoup trop, presque à chaque page, des exagérations, du parti pris, des préventions et des préjugés, plutôt qu'une conviction basée sur des faits précis, certains, mûrement examinés et envisagés de sang-froid.

Le résultat d'un tel état d'âme a eu certainement sa répercussion sur le labeur de M. Dubief; il l'a conduit à produire un projet de loi qui aurait pu être excellent et qui ne l'est pas, et, en l'examinant avec impartialité, on peut dire, sans paradoxe, qu'en lui il y a contradiction presque complète entre les intentions qui l'ont suggéré et les pratiques qu'il a édictées.

M. Dubief a dit et répété, aussi bien et même mieux que qui que ce soit, que l'aliéné est un malade, qu'il a droit à l'assistance et au traitement, qu'il faut faciliter et encourager celui-ci par tous les moyens possibles, et donner à l'asile d'aliénés le caractère primordial d'être un hôpital et un lieu de traitement. Mais en même temps il a fait adopter un ensemble de mesures qui toutes vont à l'encontre de ce but : complexité des formalités à remplir au moment de l'internement, publicité extrême et vexatoire donnée à cet internement, intervention prématurée et abusive d'étrangers dans la gestion des biens des aliénés, voire même, à notre avis, intervention trop hâtive de la magistrature, et

d'autres choses encore. Nous ne craignons pas de dire que si, après les délibérations à venir, la loi reste telle que la Chambre des députés l'a faite, elle ne sera pas nuisible aux aliénés, mais risquera au contraire de leur être éminemment nuisible.

M. Dubief, dans son livre, cite Montaigne quelque part. Nous citerons nous aussi le philosophe et nous rappellerons la parole qu'il a écrite en tête de ses essais. Il dit : « Ceci est un livre de bonne foy. » — M. Dubief aurait eu le droit de s'appliquer cette parole, car malgré les erreurs et les exagérations que nous avons pu faire ressortir, nous ne doutons pas que M. Dubief ait cru être dans le vrai en écrivant son ouvrage. Ce qui le prouve surabondamment, c'est la préface écrite par un aliéniste russe très distingué, M. le Dr Bajenoff, de Moscou, qui commence le volume. Cette préface, écrite d'un style alerte et rapide, est en partie une approbation, mais en partie aussi une critique, même un peu vive, de l'œuvre qu'elle présente.

M. le Dr Bajenoff, lui aussi, reproche à M. Dubief d'avoir parlé plus en polémiste qu'en législateur. Il lui reproche les termes dans lesquels il a parlé de séquestrations arbitraires : « Ce que je me permets de vous reprocher, dit-il (page 17), c'est d'avoir transporté tout le poids de votre argumentation sur la question des séquestrations arbitraires dans les établissements spéciaux. Pourtant, votre haute autorité scientifique et politique et votre connaissance approfondie de la vie des asiles auraient pu vous fournir tous les moyens nécessaires pour réagir efficacement contre ce préjugé si enraciné dans l'opinion publique française des séquestrations arbitraires, qui, en réalité, n'ont lieu qu'à l'Ambigu et dans les romans feuilletons de la presse boulevardière... Au cours d'un siècle et en faisant feu de tout bois, on compte trois ou quatre séquestrations soi-disant arbitraires... et encore est-ce bien établi et prouvé ? »

A propos de l'internement des buveurs d'habitude, il s'inquiète, lui aussi : « Ne craignez-vous pas, dit-il (page 20), qu'on vous reproche de vouloir enfermer Edgar Poë et Alfred de Musset, Baudelaire et Verlaine..., qui sais-je encore ? »

M. le Dr Bajenoff fait encore beaucoup d'autres critiques. Mais c'est seulement de ce qu'a écrit M. Dubief que nous voulons nous occuper. Bornons-nous à ajouter que M. Bajenoff lui aussi rend un juste hommage à celles des bonnes idées que M. Dubief soutient et que nous avons indiquées.

Parmi les voix qui se sont élevées dans le monde médical, pour critiquer et désapprouver, soit dans son ensemble, soit dans certaines de ses parties, le dernier projet de loi voté par la Chambre des députés, il faut citer particulièrement celle de M. le professeur Gilbert Ballet et celle de M. le Dr Vallon, qui tous deux ont fait entendre contre lui d'éloquents et vives protestations. M. le professeur Gilbert Ballet, dans le discours d'inauguration de son cours de maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, n'a pas craint de dire que cette loi, si elle était promulguée telle qu'elle est sortie de la Chambre, serait un malheur public. M. le Dr Vallon, dans le discours à la fois délicat, charmant et plein d'élévation qu'il a prononcé à l'ouverture du dernier Congrès des aliénistes et des neurologistes, dont il était président, a voulu, lui aussi, profitant de l'autorité que lui donnait sa qualité de président du Congrès, et suivant ses propres paroles, la stigmatiser à son tour. « Si ce projet de loi, a-t-il dit, est sanctionné sans modifications profondes par le Sénat, nous ferons un bond énorme en arrière, au point de vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés. » Est-il possible que des protestations si éloquents et si compétentes restent inefficaces ?

Ah ! si en terminant nous pouvions formuler un vœu, il consisterait à demander qu'il se trouvât parmi nos législateurs quelqu'un d'autorisé, et à la voix bien retentissante, à la manière de la voix des héros d'Homère, pour dire que la loi du 30 juin 1838 est excellente, qu'on ne fera rien de mieux et que seulement elle est incomplète. Que si on conservait intégralement tout ce qu'elle renferme, sans y rien changer, en veillant à sa stricte, loyale et scrupuleuse application, mais en y ajoutant ce qui y manque : dispositions législatives sur les aliénés dits criminels, surveillance

des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, sorties d'essai, protection des biens des aliénés dont la maladie est chronique, qui doivent rester longtemps internés et qui n'ont plus leurs parents les plus immédiats ; si avec quelques articles simples et nets on complétait ainsi la loi du 30 juin 1838, on ferait une admirable loi du vingtième siècle, qui, pour le moment, et sans préjuger les progrès à venir, pourrait être considérée comme irréprochable. En agissant ainsi, on remettrait à sa place la fameuse opinion publique et l'on rendrait un service immense et bienfaisant à la cause des aliénés.

STATUTS

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES
DE FRANCE

RECONNUE COMME ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE

PAR DÉCRET IMPÉRIAL EN DATE DU 7 NOVEMBRE 1866

STATUTS

TITRE PREMIER

BUT

ARTICLE PREMIER. — L'Œuvre charitable fondée à Paris sous le titre : *Association des médecins aliénistes de France*, a pour but de venir en aide à ses membres fondateurs ou sociétaires et à leurs familles tombés dans l'infortune.

ART. 2. — Les secours accordés par l'Œuvre, bien que temporaires en principe, peuvent être renouvelés.

TITRE II

ORGANISATION ET ADMINISTRATION

ART. 3. — L'Association se compose :
De fondateurs ;
De sociétaires ;
De membres à vie ;

Et de membres honoraires.

ART. 4. — Tout fondateur est tenu de verser annuellement une somme de 25 francs au moins.

ART. 5. — Chaque sociétaire s'oblige à payer une cotisation annuelle de 10 francs.

ART. 6. — Tout membre à vie doit verser au profit de l'Association une somme de 500 francs au minimum.

ART. 7. — Tout membre honoraire doit verser chaque année au profit de l'Œuvre une somme minimum de 20 francs.

ART. 8. — Sont admis comme fondateurs ou sociétaires :

Les médecins attachés à des asiles publics ou privés d'aliénés et en général tous les médecins qui s'occupent spécialement d'études médico-psychologiques.

Toutes autres personnes peuvent être admises comme membres honoraires.

ART. 9. — Un Conseil, composé de quinze membres, administre l'Œuvre.

ART. 10. — Le Conseil, élu en assemblée générale, par bulletin de liste, au scrutin secret et à la majorité des membres présents, est nommé pour trois ans et se renouvelle chaque année par tiers.

Les deux premiers renouvellements auront lieu par la voie du sort et les suivants à l'ancienneté.

ART. 11. — Après chaque renouvellement, le Conseil choisit dans son sein, et à la majorité absolue des voix :

Un président ;

Un vice-président ;

Un secrétaire ;

Un trésorier.

Ces fonctions sont gratuites ; les membres sortants peuvent être réélus.

Le trésorier représente l'Œuvre en toute circonstance.

ART. 12. — Le Conseil est chargé de la gestion morale et matérielle de l'Œuvre.

Ses décisions sont souveraines.

Toute délibération, pour être valable, doit être prise au moins par sept membres et à la majorité absolue.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations relatives à des acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de donations et legs sont soumises à l'autorisation du gouvernement.

ART. 13. — Le Conseil se réunit tous les trois mois ; il peut d'ailleurs être convoqué extraordinairement, soit par le président, soit sur la demande de sept au moins de ses membres.

TITRE III

RESSOURCES ET COMPTABILITÉ

ART. 14. — Les ressources de l'Œuvre se composent des biens et revenus de toute nature lui appartenant et du produit :

1° Des cotisations annuelles ;

2° Des dons volontaires ;

3° Des donations et legs dont l'acceptation aura été autorisée, conformément aux dispositions de l'art. 910 du Code Napoléon ;

4° Des subventions qui pourraient lui être accordées par les institutions charitables, les villes, les départements ou l'Etat.

ART. 15. — Le trésorier est chargé de la perception des recettes et du paiement des dépenses.

Il fournit, tous les trois mois, un bordereau constatant l'état de la caisse et la situation financière ; il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année ; mais il ne peut assister à la séance d'examen.

ART. 16. — Les fonds disponibles de l'Association seront déposés dans une caisse publique jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédents de recettes qui ne seront pas indispensables aux besoins ou au développement de l'Œuvre seront placés sur l'Etat ou en obligations de chemins de fer français.

ART. 17. — Le tiers au moins des cotisations, les dons et autres produits éventuels sont capitalisés.

L'assemblée générale peut seule, pour des motifs d'une gravité exceptionnelle, apporter un changement à cette disposition.

TITRE IV

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 18. — L'Association est placée sous l'autorité du ministre de l'Intérieur.

ART. 19. — Un règlement arrêté par le Conseil d'administration détermine les conditions d'admission aux secours, l'administration intérieure et toutes les dispositions de détails propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 20. — Chaque année, au mois d'avril, tous les membres de l'Œuvre sont convoqués en assemblée générale ; les dignitaires du Conseil d'administration forment le bureau.

Le secrétaire présente l'exposé de la situation morale et financière, le compte de l'exercice clos et le budget de l'exercice suivant.

L'assemblée procède ensuite au remplacement des membres du Conseil dont les fonctions sont expirées.

ART. 21. — Le compte rendu et le procès-verbal de la séance sont publiés ; des exemplaires en sont transmis à chacun des membres de la Société, aux administrateurs des institutions charitables, des villes et des départements, qui accordent à l'Œuvre des subventions, et au ministre de l'Intérieur.

ART. 22. — En cas de dissolution de l'Œuvre, les biens meubles, immeubles et les capitaux lui appartenant recevront, avec l'autorisation du ministre de l'Intérieur, un emploi conforme à l'esprit des présents statuts et aux intentions des bienfaiteurs.

ART. 23. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être proposée au gouvernement que d'après l'avis de l'assemblée générale, sur la demande du Conseil d'administration.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 24. — Les administrateurs en exercice, lors de la promulgation des présents statuts, seront soumis à

l'élection dans l'assemblée générale qui suivra la reconnaissance légale de l'Œuvre.

Pour copie conforme aux statuts annexés au décret du 7 novembre 1886.

Les membres du bureau :

D^r MEURIOT, *Président.*

D^r CHRISTIAN, *Vice-président.*

D^r GIRAUD, *Secrétaire.*

D^r MITIVIÉ, *Trésorier.*

RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION INTÉRIEURE

(ARRÊTÉ PAR LE CONSEIL DANS LA SÉANCE DU 11 MARS 1867)

ARTICLE PREMIER. — Toute personne qui désire faire partie de l'*Association mutuelle des médecins aliénistes* doit en faire la demande au président, si elle n'est présentée par deux membres de l'Œuvre.

Le nombre des membres de l'Association n'est pas limité.

ART. 2. — Avant que le Conseil ait statué sur leur demande, les candidats pourront être admis à verser le montant de leur cotisation, sauf à leur en faire la restitution dans le cas où le Conseil ne validerait pas leur admission.

ART. 3. — Les cotisations sont dues pour l'année entière, et jusqu'à concurrence du montant de celle de l'année précédente, par tout membre qui n'a pas fait connaître, avant le 1^{er} avril, au président de l'Œuvre, son intention de se retirer de l'Association, ou de contribuer pour une somme inférieure à celle versée par lui l'année précédente.

ART. 4. — Tout membre qui, mis en demeure par une lettre de rappel adressée par le trésorier dans le courant de janvier, n'aura pas acquitté avant le 1^{er} mars sa cotisation de l'année précédente, sera considéré comme démissionnaire.

Toutefois, il pourra être admis à recouvrer la qualité de membre de l'Œuvre en versant l'arriéré de ses cotisations.

ART. 5. — L'exclusion de l'Association pourra être prononcée par le Conseil contre tout membre qui aura démérité.

Le membre exclu par décision du Conseil pourra en appeler à l'Assemblée générale.

ART. 6. — Tout membre qui cessera de faire partie de l'Association, par suite de démission ou autre cause, perdra tous droits à l'assistance et ne pourra exercer de répétition quant à ses versements antérieurs.

ART. 7. — Le président surveille et assure l'exécution des statuts, convoque, par l'intermédiaire du secrétaire, les Assemblées générales et le Conseil d'administration, ouvre et clôt les séances, dirige les débats, signe tous les actes et mandate les ordonnances de paiement.

ART. 8. — Le président peut convoquer exceptionnellement aux séances du Conseil un ou plusieurs membres de l'œuvre, à l'effet de prendre leurs avis sur des faits qui pourraient n'être point connus du Conseil. Les membres ainsi convoqués n'ont que voix consultative.

En cas d'absence ou d'empêchement du président, les séances du Conseil et les Assemblées générales sont présidées par le plus âgé des membres du Conseil.

ART. 9. — Le secrétaire est chargé de la correspondance et de la rédaction des procès-verbaux des séances générales et de celles du Conseil d'administration. Sur l'ordre du président, il convoque aux Assemblées générales et aux séances du Conseil. Il est dépositaire des archives de l'Association.

Il tient le registre matricule des membres de l'Œuvre et en remet tous les trois mois la liste exacte au président et au trésorier.

ART. 10. — Le trésorier inscrit régulièrement les recettes et les dépenses sur un livre de caisse coté et paraphé par le président.

Il acquitte les dettes de l'Association sur des mémoires visés par le président, et garde par devers lui tous les reçus et quittances des paiements qu'il a effectués.

Il opère le placement et le déplacement des fonds sur

un ordre signé du président, indiquant la somme à placer ou à retirer.

Il est responsable des titres et fonds de la Société.

ART. 11. — Le Conseil se réunit le dernier lundi de chaque trimestre, à huit heures du soir, au domicile de son président.

Il statue sur les demandes d'admission, sur les dépenses ordinaires et généralement sur toutes les affaires qui lui sont soumises par son président.

ART. 12. — Les admissions et les exclusions sont prononcées par le Conseil, à la majorité des deux tiers des voix ; sur la demande du tiers au plus des membres présents, il sera procédé au scrutin secret.

ART. 13. — Le Conseil a tout pouvoir pour déterminer, dans les limites tracées par les articles 1 et 16 des statuts, dans quels cas et à quelles conditions l'Association vient en aide à ses membres fondateurs ou sociétaires, et pour fixer le montant des secours accordés.

ART. 14. — Lorsque le Conseil régulièrement convoqué n'a pu délibérer, faute d'un nombre de membres suffisant, une nouvelle convocation est faite dans le délai de quinze jours, et les délibérations prises par le Conseil dans cette seconde réunion sont valables, quel que soit le nombre des membres présents, pourvu toutefois qu'il ne soit pas inférieur à cinq.

ART. 15. — L'Assemblée générale seule peut autoriser les dépenses extraordinaires, c'est-à-dire toutes celles autres que les frais de bureau et d'administration, les secours temporaires accordés aux membres participants et à leurs familles et les placements de fonds.

ART. 16. — Aucun rapport, aucune proposition ne seront présentés à l'Assemblée générale s'ils n'ont été préalablement soumis à l'examen du Conseil qui décidera s'il y a lieu d'y donner suite.

ART. 17. — Aucune proposition ou modification au présent règlement ne sera prise en considération si elle n'est formulée par écrit et signée par trois membres du Conseil.

Toute délibération à ce sujet devra, pour être valable, être prise par huit membres du Conseil, et à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 17 mai 1909.

I. — *Guérison tardive d'états aigus graves*; par M. Legrain.
— Certains syndromes mentaux graves par eux-mêmes, tels que la confusion mentale, comportent habituellement un pronostic fatal quand ils se prolongent pendant plusieurs années sans tendance à la régression. M. Legrain présente deux malades guéris très tardivement et dont l'exemple montre qu'il ne faut jamais désespérer.

Le premier malade entre à l'Asile dans un état de confusion hallucinatoire, il tombe ensuite dans une sorte de démence à forme confusionnelle; au bout de trois ans il cesse de s'agiter, se met à travailler et enfin guérit à peu près complètement. Son mal a duré un peu plus de quatre ans.

Le deuxième se présente comme un dément précoce avec langage incohérent, écholalie, échopraxie, attitudes catatoniques, stéréotypies, etc. Après être resté dans cet état pendant deux ans, le malade a fini par guérir sans affaiblissement intellectuel appréciable.

Ces guérisons tardives peuvent avoir une importance considérable au point de vue médico-légal. M. Legrain cite l'exemple d'une malade de soixante ans considérée comme démente et interdite qui guérit dix ans après et ne retrouva plus sa fortune, dilapidée dans l'intervalle par son tuteur.

II. — *Démence précoce post-traumatique*; par M. A. Marie.
— Un homme reçoit un coup de barre de fer à la région fronto-pariétale, il est trépané et paraît guéri de son traumatisme. Trois ans après il entre dans la démence et ressemble à un paralytique général: euphorie, inaptitudes musculaires, amnésie progressive, inégalité pupillaire. L'absence de lymphocy-

tose, la réaction de Wassermann négative, la catatonie transitoire, la cyanose des extrémités, le négativisme font penser à une démence précoce post-traumatique.

III. — *Paralysie générale et mal perforant buccal*; par M. A. Marie. — Un paralytique général avancé et syphilitique présente un mal perforant buccal constitué par une double ouverture de la paroi buccale du sinus maxillaire ayant déterminé de la sinusite chronique. La radiographie montre l'atrophie en bloc du maxillaire supérieur. Les paralytiques généraux présentent souvent cette atrophie du maxillaire avec ou sans perforation. Il s'agit de troubles d'origine dystrophique centrale.

M. Picqué. — L'ulcération présentée par le malade de M. Marie pourrait être d'origine infectieuse.

IV. — *Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans. Début des accidents à quatorze ans*; par M. Pactet. — Le sujet que présente M. Pactet est un jeune homme de dix-neuf ans malade depuis l'âge de quatorze ans. Il commence par ne plus s'intéresser à son travail, fait des fugues. Progressivement l'intelligence décline, des troubles transitoires dans l'articulation des mots apparaissent, de même qu'un léger degré d'incertitude de la marche. Actuellement le malade est très affaibli intellectuellement; il présente de l'euphorie sans délire; les sentiments affectifs sont bien conservés; l'embarras de la parole, le tremblement sont très nets, le signe d'Argyll est positif. On observe en outre de l'exagération marquée des réflexes rotuliens avec clonus du pied et une démarche spasmodique. Le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de lymphocytes.

Il semble que le diagnostic de paralysie générale soit incontestable; cependant M. Pactet a observé un malade cliniquement semblable qui, après autopsie et examen histologique, a été considéré comme un dément précoce. Dans le cas actuel cependant la persistance de l'émotivité et des sentiments affectifs ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'une démence précoce, tandis que la paraplégie spasmodique n'est pas en désaccord avec l'existence de la paralysie générale. Peut-être le syndrome est-il dû à des lésions ou à une intoxication tuberculeuse auxquelles font penser de nombreux abcès froids observés sur le malade.

MM. Magnan et Briand font observer que pour un paralytique général l'activité intellectuelle du malade ne cadre guère avec les symptômes physiques.

M. Lwoff pense à une sclérose cérébrale à cause de la démarche spasmodique du malade.

M. Marchand. — Dans un cas douteux comme celui-ci l'absence de lymphocytose infirme le diagnostic de paralysie générale.

V. — *Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication par le gaz d'éclairage*; par M. Leroy. — Il s'agit d'une mélancolique qui a essayé de s'asphyxier avec du gaz d'éclairage; elle a complètement oublié sa tentative de suicide à laquelle elle refuse de croire. Elle présente de l'amnésie rétrograde (journée de son essai de suicide) et antérograde (circonstances consécutives, séjour à l'hôpital, etc). Après vingt-cinq jours, la mémoire des préparatifs de l'accident reparait, et après trente-six jours, celle des faits consécutifs se reconstitue progressivement. Actuellement, il ne persiste comme lacune du souvenir que le temps écoulé entre le moment où elle a perdu connaissance et son réveil à l'hôpital le lendemain. La réminiscence a été spontanée.

M. Legrain croit que le plus souvent dans les cas de ce genre les souvenirs sont reconstitués par le secours de tiers, mais que les malades n'ont pas réellement la notion du fait accompli.

M. Briand. — Dans un cas analogue la mémoire ne revint pas à l'intoxiqué parce que personne n'était en mesure de connaître les détails de l'accident.

VI. — *Amnésie rétrograde partielle chez une débile... ou fabulation*; par M. Marcel Briand. — La malade que présente M. Briand a été trouvée perdue dans Paris: c'est une débile qui a cependant reçu une bonne éducation et est capable de rédiger ses aventures en excellent style. Elle prétend avoir eu une méningite à dix-huit ans à la suite de laquelle elle aurait oublié toute sa vie antérieure. Depuis sa maladie la mémoire est à peine meilleure; elle dit qu'elle habitait avec son père qui l'aimait beaucoup et sa tante qui la détestait. Sa famille était riche, avait une belle maison, une automobile, etc., mais il lui reste seulement quelques souvenirs, elle ne peut retrouver aucun nom propre, ni préciser la région où elle habitait. Pour elle sa tante l'aurait abandonnée volontairement à Paris à l'insu de son père en lui faisant absorber un narcotique.

Elle conserve un souvenir à peu près persistant des faits qui se sont passés depuis son arrivée à l'Asile.

M. Briand fait remarquer que la malade ne peut se rappeler

surtout les noms et les adresses qui permettraient de l'identifier. Cette particularité doit rendre très réservé dans l'appréciation de ses dires. On peut aussi supposer que la malade, faible d'esprit, a été prise en grippe par sa famille qui s'en est débarrassée en la perdant dans les rues de Paris. Peut-être enfin s'agit-il de fabulation chez une débile ?

M. Colin. — Il est étrange qu'au milieu de souvenirs bien conservés, la malade ait oublié ce qu'il importe de savoir ; il faudra suivre son évolution.

M. Marie rappelle l'histoire d'un malade qui, frappé d'amnésie après un ictus, avait été mis dans un train à destination de Paris par des parents peu scrupuleux. Le cas de M. Briand fait penser à une association de pithiatisme avec une débilité native ou à un pseudo-traumatisme dû à l'administration d'un toxique.

VII. — *Hallucinations obsédantes et obsessions hallucinatoires* ; par le Dr Trenel (présentation de deux malades). — La première malade est une débile avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, interprétations délirantes. Elle croit que son ami va l'épouser et exerce sur elle une influence secrète. Au moment où elle pense à son ami et où cette idée devient obsédante, une voix intérieure lui apparaît. Il s'agit d'hallucinations purement psychiques qui se juxtaposent à l'idée obsédante et finissent par se confondre avec elle. Ce cas représente le type de l'obsession hallucinatoire telle que l'a décrite Séglas.

L'autre malade est une persécutée avec appoint alcoolique. Elle a souvent des idées obscènes ; aussitôt la chose à laquelle elle pense lui apparaît et cette vision persiste malgré tous ses efforts pour s'en débarrasser. Il y a là une *visualisation* de la pensée par analogie à l'écho de la pensée. Dans ce second cas, les hallucinations réalisent le type de l'hallucination obsédante de Séglas.

VIII. — *Obsessions, impulsions et tics chez un dégénéré* ; par le Dr Fillassier. — Il s'agit d'un malade qui aurait une hérédité chargée. Pendant son enfance, il contracte les oreillons, la coqueluche, la rougeole, la diphtérie, présentant en même temps des symptômes de chorée. Son caractère devient alors difficile, sa tenue négligée ; peu à peu apparaissent des obsessions et des impulsions : il éprouve continuellement le besoin angoissant d'accomplir certains actes, de toucher des objets, etc. ; il présente des phobies nombreuses et un tic qui le force à relever

brusquement la tête et à pousser un cri rauque. On ne trouve chez lui aucun symptôme d'épilepsie. Le malade est très lucide, se rend compte de sa maladie : c'est un type de dégénéré.

IX. — *Encéphalite hémorragique. Multiples foyers d'hémorragies punctiformes limités à la substance grise*; par M. A. Vigouroux. — Un malade interné pour confusion mentale et en voie d'amélioration présente de la céphalalgie, de la dyspnée, de l'œdème et meurt en hypothermie avec du Cheyne-Stokes. L'autopsie révèle des lésions d'atrophie rénale et une hypertrophie considérable du cœur. Mais on trouve en outre des infarctus hémorragiques dans le rein et le foie. Le cerveau présente des foyers hémorragiques à teinte hortensia caractéristique, siégeant à l'opercule rolandique inférieur, au pli courbe et occupant à gauche tout le lobe occipital. Histologiquement on observe une inflammation pie-mérienne avec thromboses veineuses, et dans le cortex de nombreux capillaires entourés d'hémorragies interstitielles punctiformes. S'agit-il d'encéphalite hémorragique ? Il semble plus légitime d'admettre des foyers d'apoplexie capillaire dus au mal de Bright.

M. Marchand. — Dans l'encéphalite hémorragique les lésions méningées jouent un rôle en produisant des thromboses veineuses qui sont la cause des hémorragies miliaires ; dans l'observation de M. Vigouroux on retrouve ces lésions de méningite.

X. — *Maladie de Parkinson avec démence et cécité corticale*; par le D^r Marie. — M. Marie présente l'encéphale d'un dément parkinsonnien avec un double foyer de ramollissement symétrique des deux pôles occipitaux et un foyer hémorragique ancien dans l'hémisphère cérébelleux gauche. Cette dernière lésion semble en rapport avec l'hémitremblement droit que présentait le malade.

M. Marchand. — Le rapport de causalité est difficile à admettre, les effets des lésions des lobes cérébelleux étant directs.

Séance du 21 juin 1909.

I. — *Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples*; par le D^r Truelle. — Une femme de soixante ans, sans antécédents, célibataire et vierge, constate un matin qu'elle est complètement paralysée du côté gauche. Elle entre à l'asile pour affaiblissement intellectuel, pleurs et rires spas-

modiques, hémiparésie gauche. Actuellement elle présente de l'inégalité pupillaire, une parole hésitante et bredouillée, du tremblement des muscles de la face, une démarche spasmodique avec exagération des réflexes. L'affaiblissement intellectuel est surtout caractérisé par la désorientation dans le temps. Le jugement de la malade est bon; elle se rend compte de sa situation. Il s'agit probablement d'une cérébro-sclérose lacunaire; mais comme le liquide céphalo-rachidien contient une grande quantité de lymphocytes, on peut se demander s'il n'y a pas méningo-encéphalite secondaire. Cependant on peut expliquer la dysphagie, la dysarthrie, etc., par l'existence de foyers de ramollissement dans le corps strié.

M. Magnan. — La malade présente les symptômes d'une lésion cérébrale circonscrite.

II. — *Traumatisme crânien. Onze trépanations. Épilepsie jacksonienne*; par le D^r Legrain. — Le malade présenté par M. Legrain, faisant en 1891 une promenade à cheval, tombe et reste seize heures dans le coma. Huit jours après, apparaissent des absences avec inconscience et amnésie. Une trépanation est pratiquée pour supprimer ces accidents nerveux paraissant dus au traumatisme. En 1896, apparaissent des vertiges: nouvelle trépanation. En 1898, le malade présente de la contracture du côté gauche: nouvelles trépanations. En 1901, des symptômes d'épilepsie jacksonienne s'ajoutent à la contracture; les chirurgiens multiplient les interventions d'où ne résultent que des améliorations transitoires. Actuellement les crises d'épilepsie jacksonienne débutent par le pied et sont précédées parfois d'une aura sensitive. Au point de vue psychique le malade présente seulement l'état mental des épileptiques constitutionnels. L'interprétation de ce cas est difficile; il faut remarquer qu'un an avant sa chute de cheval, le malade était tombé sur la tête du haut d'un rocher. Était-il primitivement épileptique? Le trauma de la première chute a-t-il engendré une lésion devenue l'origine de tous les troubles consécutifs? S'agit-il simplement d'hystéro-traumatisme? La multiplicité des opérations demandées par le malade est en faveur de l'hystérie.

M. Picqué. — L'épilepsie améliorée par la simple trépanation récidive souvent. Dans le cas actuel, les crises persistent malgré une large cicatrice dépressible permettant la décompression du cerveau.

M. Marie, dans l'enquête faite pour le Congrès de Grenoble,

n'a pas trouvé d'épileptique amélioré par la trépanation. Un seul malade guéri de son épilepsie est tombé dans la démence précoce.

M. Trenel. — Le malade présenté semble être un pathomime recherchant les opérations.

III. — *Attaques comitiales. Délire consécutif mnésique. Commentaires*; par le D^r de Clérambault. — Le malade de M. de Clérambault présente, depuis l'âge de huit ans, des symptômes comitiaux. Il est sujet à des trémulations subites dans les muscles; il a aussi des vertiges dont il prend conscience par une sensation spéciale de réveil et enfin de véritables attaques convulsives. On peut observer chez lui des symptômes spéciaux tels que épisodes oniroïdes et délire consécutif aux attaques. Les épisodes oniroïdes sont caractérisés par des actes de somnambulisme, dont il retrouve le souvenir, soit dans un état d'assoupissement, soit même à l'état de veille. Cette particularité rappelle beaucoup l'hypnagogisme, mais en diffère en ce sens que les conceptions délirantes naissent au cours du sommeil et non à la fin. Les délires post-convulsifs peuvent durer plusieurs jours; le malade est dans un état de confusion plus ou moins accentué, il accuse de nombreuses hallucinations visuelles; est tracassé par des idées d'auto-accusation, des préoccupations hypochondriaques, etc. Ce délire est habituellement mnésique et s'accompagne d'hypertension et de mydriase. Il ne s'agit pas d'un délire de dégénéré associé, le malade n'ayant pas déliré au cours des maladies aiguës qu'il a présentées. On ne trouve pas non plus les caractères du délire hystérique. Il faut admettre un état second, d'origine comitiale. On pourrait objecter l'absence d'amnésie, l'absence de confusion profonde et l'apparition du délire une heure seulement après l'attaque. Mais souvent l'amnésie ne s'étend pas à l'accès comitial tout entier (aura délirante mnésique). L'absence de confusion et l'apparition tardive du délire montrent que la décharge comitiale se prolonge après l'attaque, comme le font penser l'hypertension et la mydriase concomitantes au délire. M. de Clérambault a observé, il y a quelque temps, un second cas très analogue.

IV. — *Syndrome paralytique. Disparition des troubles mentaux. Persistance d'une sclérose en plaques frustes*; par le D^r E. Benoist (service de M. Marie). — Un malade de quarante-six ans entre à l'hôpital à la suite d'une faiblesse. Pendant les trois mois qui suivent, il fait un délire dont il

a oublié les éléments, se rappelant seulement qu'il avait des cauchemars et distinguait mal le rêve de la réalité. Quelque temps après, on note du ptosis, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, des troubles de la démarche. Pas de lymphocytose; réaction de Wassermann négative. Actuellement, des troubles psychiques ont disparu, le malade présente seulement une paraplégie avec parésie à gauche et contracture à droite, des troubles de la sensibilité, de l'exagération des réflexes tendineux et l'abolition des réflexes plantaires. Il n'y a pas d'embarras de la parole; les pupilles réagissent bien, les globes oculaires présentent quelques secousses nystagmiformes. Le syndrome paralytique transitoire du début doit être attribué à l'alcoolisme chronique; la paraplégie actuelle doit être considérée plutôt comme due à une sclérose en plaques fruste qu'à un tabes dorsal spasmodique.

M. Vigouroux. — A cause de la prédominance des troubles à droite, on pourrait discuter l'hypothèse d'une lésion cérébrale.

M. Benoist. — Les troubles spasmodiques sont nets du côté gauche, le signe de Babinski est négatif; de plus, l'hypothèse d'une lésion cérébrale n'expliquerait ni le ptosis transitoire, ni les secousses nystagmiformes.

V. — *Délire d'interprétation chez deux sœurs*; par les D^{rs} Leroy et Fassou. — MM. Leroy et Fassou présentent un cas de délire à deux chez deux sœurs, dont l'une a créé le délire, et l'autre, débile, l'a accepté docilement. La première malade, énergique et autoritaire, a élaboré un délire à base d'interprétations si nombreuses qu'elle travestit tout ce qu'elle voit, et vit dans un milieu factice, et que ses conceptions morbides complexes et embrouillées n'ont pas la netteté des délires bien systématisés. Il s'agit d'idées de persécution et de grandeur; la malade se prétend enceinte du Nouveau Messie, victime de la physique, etc. Elle ne présente pas d'hallucinations. Sa sœur porte des stigmates de dégénérescence, elle est débile et timorée. Elle accepte toutes les interprétations de sa sœur et élabore un délire parallèle au sien.

Il est intéressant d'opposer l'activité de la première malade, l'extrême richesse de ses interprétations, à la passivité de sa sœur.

La ménopause joue un rôle dans l'apparition de ce double délire, de même que des chagrins.

M. Legrain. — Les interprétations sont plus transmissibles que les hallucinations.

M. Leroy. — La séparation des deux malades atténuée, sans le faire disparaître, le délire d'interprétation de la débile.

VI. — *Paralysie générale infantile*; par le D^r Marchand. — Une jeune fille de onze ans présente l'état mental et l'habitus extérieur d'une idiote complète; l'examen des fonctions motrices décèle chez elle des symptômes qui sont identiques à ceux de la paralysie générale. La malade meurt de pneumonie; macroscopiquement et microscopiquement, l'encéphale présente des lésions diffuses de méningo-encéphalite subaiguë.

Le diagnostic entre idiotie banale et paralysie générale était assez difficile en l'absence de tout renseignement; cependant, un examen complet montrait quelques traces d'éducation antérieure; d'ailleurs, l'examen histologique a prouvé que les cellules pyramidales étaient bien développées, ce qui ne serait pas chez une idiote.

Comme dans les autres cas de paralysie générale juvénile, on a observé des troubles moteurs accentués et une évolution relativement lente.

VII. — *Kyste séreux des méninges chez un épileptique*; par M. Bourilhet (service de M. Pactet). — Il s'agit d'un malade entré à l'Asile pour épilepsie et troubles intellectuels consécutifs et mort en asystolie. L'autopsie a montré, en plus des lésions dues à l'insuffisance cardiaque et de quelques foyers lacunaires et hémorragiques disséminés dans les centres nerveux, un kyste séreux des méninges de la grosseur d'un œuf de pigeon siégeant sur le bord sourcilier du lobe frontal. Il est difficile d'établir une relation entre ces lésions et l'épilepsie.

VIII. — *Tumeur de la dure-mère. Troubles mentaux et compression cérébrale*; par le D^r A. Marie. — M. Marie montre l'encéphale d'un dément alcoolique qui présente un hématome de la dure-mère comprimant la zone rolandique droite. A la coupe on trouve à la périphérie un caillot stratifié et, au centre, des alvéoles contenant un liquide séreux et ressemblant à des grains de raisin blanc. Un examen histologique ultérieur montrera s'il s'agit de kystes à échinocoques. On sait qu'ils peuvent se développer dans la zone rolandique sans provoquer de troubles moteurs. Si on avait fait le diagnostic, on aurait pu tenter une intervention chirurgicale.

IX. — *Deux cas de troubles mentaux observés chez des électrocutés*; par les D^{rs} Marie et Benoist. — Un malade est électrocuté; six mois après, il entre à l'asile avec une tabéto-paralysie très nette, confirmée ultérieurement par l'examen histologique.

On aurait pu admettre l'existence d'une tabéto-paralyse causée par l'électrocution analogue à celle publiée par Joffroy. Mais l'interrogatoire de la famille a prouvé que le malade était paralytique avant son accident.

Un autre malade a présenté des troubles mentaux, à forme psychasthénique à la suite d'un semblable traumatisme.

Séance du 19 juillet 1909.

I. — *Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile*; par MM. Marcel Briand et Brissot.

— Une débile de dix-huit ans accuse des idées vagues de persécution; quelque temps après apparaissent des signes somatiques: troubles pupillaires, exagération des réflexes, tremblement, dysarthrie. L'intelligence baisse progressivement. Actuellement, la démence est complète, accompagnée de tous les troubles physiques de la paralysie générale. On note quelques stigmates physiques de dégénérescence. La malade ne présente aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire; son père nie toute contamination spécifique.

S'agit-il de paralysie générale juvénile vraie ou d'une encéphalopathie diffuse de cause spécifique ou banale?

M. Magnan. — Les cas de ce genre sont généralement des cas de sclérose cérébrale.

M. Pactet. — La syphilis héréditaire ou acquise paraît peu probable. D'ailleurs, est-il absolument nécessaire d'être syphilitique pour devenir paralytique général?

II. — *Confusion mentale hallucinatoire par suite de tuberculose iléo-cæcale. Guérison par intervention chirurgicale*; par MM. Leroy et Picqué. — Une femme de trente ans avec antécédents personnels tuberculeux présente, à la suite de la mort de son frère, des symptômes de confusion hallucinatoire avec grande excitation, langage incohérent, amnésie de fixation. Quelque temps après, elle fait de la fièvre et l'on remarque l'existence d'une tuberculose cæcale. M. Picqué extirpe le cæcum. Cinq jours après l'opération, survient une amélioration progressive de l'état mental et ensuite une guérison complète. La confusion mentale résultait d'une toxi-infection provenant de la tuberculose iléo-cæcale.

M. Picqué. — Il s'agit d'un délire d'origine périphérique dépendant d'une lésion infectieuse du cæcum.

M. Magnan. — L'éclosion du délire à la suite d'une émotion fait penser à la dégénérescence.

M. Picqué. — La notion de terrain est très importante, mais dans le cas actuel il y a plus qu'une coïncidence entre l'opération et la guérison.

III. — *Aphasie ou démence?* par M. Couchoud (service de M. Trenel). — Une malade de soixante-deux ans a fait, il y a quatre ans, à la suite d'un chagrin violent, une période d'excitation avec des idées délirantes de forme mystique et érotique, des troubles du langage et un affaiblissement intellectuel apparent. Actuellement, l'évocation des mots est très imparfaite; il en est qu'elle ne retrouve jamais, d'autres qu'elle oublie quand elle est fatiguée. Elle parle constamment, mais répète toujours les mêmes expressions. Elle présente aussi de la surdité verbale à un degré marqué; elle ne sait plus lire ni l'imprimé ni l'écriture. Elle peut écrire les signes isolés, mais non les rassembler.

Il s'agit d'une forme pure du syndrome de Wernicke; l'affaiblissement intellectuel est beaucoup moins profond qu'on ne pourrait le supposer d'après un examen rapide.

M. Trenel. — L'attention est très troublée chez cette malade; cette aprosexie se rencontre souvent chez les aphasiques de cette catégorie.

M. Briand. — Une malade de ce genre, présentée antérieurement, s'est rééduquée, a appris à écrire de la main gauche.

IV. — *Anomalie artérielle probable chez une mélancolique;* par M. Juquellier. — Une mélancolique avec idées de persécution offre la particularité de ne pas avoir de battements artériels perceptibles dans tout le membre supérieur droit. L'absence de tumeur axillaire et de compression fait songer à une anomalie de distribution et de volume des artères du membre supérieur droit.

V. — *Un cas de folie intermittente. Myoclonie et délire de possession prémonitoire des accès;* par MM. Rogues de Fursac et Capgras. — Il s'agit d'une femme atteinte de psychose maniaque dépressive ayant présenté d'abord des accès maniaques à longs intervalles, puis des accès plus rapprochés à double forme. La maladie évolue depuis cinquante ans sans provoquer d'affaiblissement intellectuel. Comme particularité, il faut signaler des secousses myocloniques instantanées et involontaires consistant en un soubresaut de tout le corps avec rotation brusque de la tête à droite. Elles apparaissent comme

prodromes de l'accès maniaque, cessent pendant la période d'agitation pour reparaitre à la fin de l'accès. La malade présente aussi un délire de possession transitoire précédant immédiatement l'accès maniaque. Il ne s'agit plus d'un prodrome, mais d'un véritable signal-symptôme. La malade ayant présenté autrefois des hallucinations, on peut se demander s'il n'y a pas eu évolution subconsciente de conceptions délirantes pouvant éclore à la faveur de l'excitation intellectuelle.

M. Magnan. — Cette observation montre que tout intermettent a sa façon d'être particulière annonçant la crise.

M. Ritti demande si la malade n'a pas présenté des symptômes épileptiques. Une malade observée par lui avait un accès d'épilepsie à la fin de chaque période d'excitation.

M. Pactet. — Les manifestations prémonitoires de l'accès maniaque ressemblent à l'aura épileptique.

VI. — *Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable* ; par MM. Briand et Brissot. — Le cerveau présenté par MM. Briand et Brissot appartient à une malade classique. Son observation a été publiée par Dejerine et par F. Bernheim. Il s'agit d'une aphasie motrice pure avec hémiplegie spasmodique droite. La malade, qui connaissait quatre langues, ne pouvait plus prononcer que deux mots ; l'épreuve de Lichtheim-Dejerine était positive. Il n'y avait ni surdité ni cécité verbales ; l'écriture était possible de la main gauche, la mimique était bien conservée, l'intelligence lucide.

L'autopsie révèle sur l'hémisphère gauche un foyer de ramollissement détruisant la moitié postérieure de la tête, le corps et le pied de la troisième frontale ; sur l'hémisphère droit, un second foyer intéressant la pariétale inférieure et la partie antéro-supérieure du pli courbe. Un troisième foyer détruit la moitié postérieure de la scissure perpendiculaire interne de l'hémisphère droit.

La destruction de la troisième frontale explique les altérations du langage parlé ; la lésion de la zone de Wernicke à droite n'a, malgré son étendue, provoqué aucun symptôme d'aphasie sensorielle.

VII. — *Un cas de tumeur cérébrale latente* ; par MM. A. Marie et E. Benoist. — Un malade entre à l'asile à la suite d'une fugue accompagnée d'amnésie. C'est un dément sénile avec langage incohérent, idées confuses de persécution.

l présente fréquemment de la céphalée et de l'incontinence d'urine intermittente. Sans être aphasique, il emploie souvent un mot pour un autre. A l'autopsie, on trouve un fibrome de la grosseur d'une mandarine, siégeant à la face inférieure des lobes frontaux. La fugue avec amnésie, la céphalée, la difficulté de s'exprimer pouvaient être des crises comitiales larvées dues à la lésion du centre d'association antérieur.

M. Pactet. — La démence sénile explique à elle seule la fugue avec amnésie.

D^r PAUL GUIRAUD.

JOURNAUX ITALIENS

**Archivio di psichiatria neuro-patologia,
Antropologia criminale e medicina legale.**

ANNÉE 1906.

I. — *Les caractères dégénératifs chez quatre-vingt-quatre criminels-nés*; par le D^r Mirabella (n° 1). — Il s'agit de vieux récidivistes, presque tous assassins, condamnés à de longues peines et détenus dans les pénitenciers siciliens. Parmi eux, il y a 39 femmes dont une parricide et 11 qui ont tué leurs maris pour pouvoir se livrer à des amours illicites. Citons aussi un vieillard de soixante-neuf ans qui a été condamné pour avoir mis à mort sa femme qui se refusait à satisfaire ses passions contre nature et eut un véritable accès de mélancolie. Tous ces criminels présentent un grand nombre des signes décrits par Lombroso, en particulier la main courte et large : et, ce qui est intéressant chez eux, prédomine le type brachycéphalie au milieu d'une population essentiellement dolichocéphale ; l'œil chinois a été constaté 13 fois et 8 fois l'œil félin. Les atrophies testiculaires paraissent fréquentes au bagne, de même le mancinisme. Les tatouages sont relativement rares (6). L'hérédité est chargée : les parents de ces criminels étaient des imbéciles, des aliénés, des épileptiques, des buveurs, etc. L'instruction est chez eux très peu développée, 2 seulement ont reçu une instruction dépassant le premier degré ; l'un d'eux est un maître d'école qui tua sa femme pour éviter qu'elle ne se livrât à la prostitution. Presque tous affectent des idées religieuses ;

mais ce sont avant tout des superstitieux ; beaucoup de femmes sont tribades ; rien, ni les exhortations des sœurs, ni les punitions ne peuvent les empêcher de se livrer à ces pratiques. Beaucoup de ces criminels sont des épileptiques (au sens de Lombroso). Quatre d'entre eux sont absolument déments. Le remord est chose inconnue au bagne. Les criminels sont en somme des sauvages et des malades tout à la fois. Trois d'entre eux ont même été jusqu'à commettre des actes de cannibalisme, ce qui est le dernier degré de la sauvagerie criminelle.

II. — *Contribution à l'étude de la morphologie cérébrale des délinquants*; par le D^r Tovo (n° 1). — Un criminel autopsié par Tovo présentait de nombreuses anomalies du cerveau : lobe frontal quaternaire de Giacomini du côté droit, — à gauche la frontale ascendante était divisée en trois segments de longueur presque égale, disposition rare déjà signalée par Giacomini ; développement considérable de la portion cérébrale post-rolandique par rapport à la pré-rolandique, interruption du sillon de Rolando par un pli superficiel. Le lobe pariétal a une disposition rare, il est interrompu par deux plis, l'un qui le sépare du sillon post-rolandique et un autre situé à l'union du lobe pariétal et du lobe occipital ; il faut remarquer aussi la profondeur du premier pli de passage externe de la scissure perpendiculaire externe du côté gauche et le caractère simiesque de cette scissure. Certes, aucun de ces signes n'est pathognomonique, mais leur réunion chez un même sujet criminel méritait d'être signalée.

III. — *Sur le tatouage des prostituées et des pédérastes*; par le D^r de Blasio (n° 1). — Sur 720 femmes examinées ; 121 étaient tatouées, 61 s'étaient livrées spontanément au tatoueur, 60 à l'instigation et plus ou moins contraintes par leurs amants. Les sujets représentés étaient 20 fois purement ornementaux, 18 religieux, 12 symboliques, 9 respiraient la vengeance et 62 l'amour ou la lubricité. Presque toutes ces femmes avaient de nombreux stigmates dégénératifs. Sur 60 pédérastes passifs, 30 étaient tatoués ; l'un d'eux présentait sur la fesse gauche un guerrier qui montrait avec une épée l'orifice anal en disant « entrée » ; 5 p. 100 étaient de véritables aliénés atteints de folie morale, d'alcoolisme, d'épilepsie.

IV. — *Rapports entre les caractères anormaux somatiques et l'éducabilité des sens*; par les D^{rs} Montesano et S. Estense (n° 1). — Au premier degré, les anormaux peuvent comprendre toutes les notions, mais non les acquérir, ni les garder ;

un enfant très taré au point de vue physique peut au point de vue de l'éducabilité atteindre et même dépasser la moyenne, lors même que les caractères somatiques atteignent un des degrés inférieurs de l'échelle. Pour les caractères pathologiques acquis, ces aphorismes cessent d'être complètement vrais. Les signes n'en ont pas moins une grande valeur dans le pronostic de l'éducabilité d'un sujet donné; en somme, c'est une réédition, mais avec des preuves nouvelles, du principe bien souvent émis en France qu'il n'y a pas parallélisme entre les anomalies somatiques et les tares psychiques présentées par un même dégénéré.

V. — *Contribution à l'étude anatomo-histologique du système nerveux dans le crétinisme*; par le Dr Burzio (n° 1). — Autrefois étudié par Dagonet père, Roncorini, Weygandt, mais avant tous les perfectionnements de la technique moderne, cette étude a été abandonnée; seul, le crétinisme sporadique ou idiotie myxoédémateuse a fait l'objet des travaux de Bourneville et de l'école de Bicêtre; chez ces sujets, il a été trouvé un changement de coloration du cerveau, de la gracilité des fibres tangentielles de Tuczeck, de l'hypertrophie de la névroglie, de la diminution du nombre des cellules corticales, le caractère embryonnaire de certaines de ces cellules, de l'hypoplasie des fibres nerveuses radiales et tangentielles. Burzio a fait l'autopsie complète d'une idiote crétine de soixante-huit ans, il a trouvé dans quelques points des circonvolutions frontales des cellules à peine différenciées, rares, petites, dont la stratification est peu nette. Dans les circonvolutions frontales, les cellules sont rares. Dans la frontale inférieure gauche, des cellules petites, rares, mal différenciées, de forme arrondie, non stratifiées, et ayant un prolongement dirigé en zigzag; absence des grandes cellules pyramidales et congestion. En somme, arrêt de développement et anomalies réversives, neuronophagie, dégénérescence des éléments jaunes migrants et des cellules ganglionnaires. L'hypophyse et les capsules surrénales sont atteintes, mais quel est leur rôle dans le complexe organique?

VI. — *Obsession hystérique de paternité cause d'homicide*; par le professeur Cesare Lombroso (n° 1). — Un névropathe de trente-cinq ans avait accompli de nombreuses tentatives de suicide et avait même voulu fonder une société de la mort; il eut un enfant avec une femme de chambre mariée. Celle-ci conserva l'enfant, mais son amant fit à son domicile un scandale à la suite duquel le mari le mit à la porte. Le lendemain, il

empoisonnait l'enfant, son fils, avec du laudanum. Il présentait des signes d'hystérie très nette; c'est l'exaltation obsessionnelle de l'amour paternel qui l'a conduit à l'assassinat; il s'améliora en prison.

VII. — *Contribution clinique au traitement chirurgical et à la pathogénie de la maladie de Basedow*; par le Dr Martini (n^{os} 1 et 3). — De toutes les théories émises pour expliquer l'ensemble symptomatique de la maladie de Basedow, la plus vraisemblable paraît être pour Martini celle de Moëbius qui le rattache à des troubles nerveux de l'appareil sympathico-cardiaque. Il considère comme indications opératoires la persistance des symptômes morbides rebelles au traitement médical, les battements du goitre, la dyspnée. L'opération doit être précédée d'un traitement médical préparatoire, mais on doit éviter d'attendre la mort par surmenage du cœur. Dans la généralité des cas, Martini recommande le procédé du professeur Carle, de Turin, dont il est l'assistant, mais dans certains cas il est nécessaire d'avoir recours à des opérations plus difficiles. Dans le Basedow, l'opération est plus dangereuse que dans le goitre vulgaire, la vascularisation plus abondante, le collapsus plus menaçant, surtout étant donné le degré d'anémie du sujet; les shok et les accidents du chloroforme sont également à redouter; la médication thyroïdienne antérieure accroît le danger; l'opération doit être faite en deux temps, le drainage bien assuré; les ligatures sont souvent difficiles à cause de la friabilité des tissus. L'opération est quelquefois suivie d'une aggravation de l'état général, quelquefois aussi elle laisse le malade dans le même état qu'auparavant; le plus souvent elle donne de bons résultats qui peuvent n'être que temporaires. Le principal accident post-opératoire est la fièvre due à l'hyperthyroïdisation temporaire ou bien encore à l'absorption de produits thyroïdiens par ouverture des vaisseaux ou encore à des troubles de l'appareil thermo-régulateur. Ce traitement opératoire n'est jamais suivi de myxœdème, il ne modifie que peu l'exophtalmie, mais agit très avantageusement sur les sténoses et les troubles cardiaques. Anatomiquement on trouve des formes nodulaires et des formes kystiques, des formes adénomateuses et de l'hyperplasie simple avec des flots sains et des vaisseaux gorgés de sang. Rarement on trouve la forme colloïde.

La thyroïde est certainement un organe indispensable à la vie; il évite les auto-intoxications, détruit des substances

toxiques en les transformant en produits éliminables ou en les neutralisant ; la sécrétion interne agit sur le système nerveux, et les échanges de l'organisme ; on a isolé l'iodothyrique de Baumann, une nucléo-protéide, la thyroantitonine de Fränkel qui accélère le pouls, la thyro-protéide de Kocher et Natkri, qui, injectée, provoque des phénomènes tétaniques. Le thyroïdisme spontané n'est autre que le basedowisme, qui pour Martini, comme pour Cristiani, Benedikt, Brissand, Raymond, Tedeschi, est la modification par excès de la sécrétion interne de la thyroïde sous l'influence d'une névrose du sympathique. Quoi qu'il en soit, l'organisme contiendrait moins d'iode et plus de phosphore qu'un organisme normal ; une sérothérapie appropriée serait souvent un excellent traitement et qui confirme les idées théoriques que nous venons d'exposer d'après l'auteur.

VIII. — *Chorée préparalytique* ; par le D^r Roasenda (n° 1). — On connaît, bien qu'elles soient rares, les hémichorées qui succèdent aux hémiplegies ; ici nous sommes en présence d'un cas plus rare. Il s'agit d'une femme de soixante-huit ans qui avait déjà eu un petit ictus, puis qui, un jour, constata des mouvements choréiques dans son membre supérieur droit ; ces mouvements cessent brusquement tandis que se développe une hémiplegie typique. La malade était une artério-scléreuse légèrement albuminurique. A l'autopsie, on trouva un ramollissement cortical par thrombose dans la sphère d'irrigation de la sylvienne gauche et des lésions de la partie postérieure du thalamus optique dans des régions correspondant à peu près au faisceau de l'hémichorée de Charcot.

IX. — *Psychologie des témoins* ; par le professeur Lombroso (n° 1). — Il est toujours important en droit criminel de faire avec soin la critique des témoins et des témoignages. L'affaire Bonmartini en est un nouvel exemple. Les témoins, en effet, outre les intérêts qu'ils peuvent avoir à tromper, peuvent être victimes d'illusions, d'auto-suggestions. On peut même avoir affaire à des hystériques calomniateurs ou à des enfants menteurs. Les expériences de Lutz et de Gross ont montré combien il est facile d'avoir des appréciations divergentes sur les faits les plus simples.

X. — *Sur quelques types de mentalité inférieure* ; par le professeur Sante de Sanctis (n° 1). — Le professeur romain distingue six types de mentalité inférieure : 1° celle de l'idiot ; 2° de l'imbécile ; 3° la mentalité vésanique ; 4° la mentalité épilep-

toïde; 5° la mentalité infantile; 6° les mentalités combinées ou de passage. Chez l'idiot, les perceptions sont rares, les expériences sensorielles pauvres, l'attention, la mémoire, l'emmagasinement torpides, les idées concrètes très peu abondantes, les idées abstraites absentes, car le sujet est incapable de se former des concepts généraux; la logique leur fait également défaut; l'humeur est uniforme, sauf pendant les périodes d'impulsion ou d'agitation, les gestes jamais complets; l'expression uniforme, le vocabulaire très pauvre avec des troubles de l'articulation de la parole. Les sentiments affectifs ne sont pas développés; le rire rare, explosif, incomplet ou stéréotypé, éclate sans motif, aucune tendance au jeu; la scolarité négative, l'éducation possible dans les cas légers. Chez l'imbécile, la perceptivité est prompte mais superficielle et quelquefois erronée; l'attention mobile, la mémoire courte et généralement partielle, l'emmagasinement aride, exceptionnellement vif, les idées concrètes très pauvres; l'idéation supérieure fait le plus souvent défaut, la logique est faible, la critique absente, l'humeur expansive, l'activité grande mais instable; le geste, l'élocution normaux, bien que souvent accompagnés de blésité ou de balbutiement, le rire exubérant, généralement disproportionné avec la cause, l'affectivité faible ou pervertie. Il existe une vague tendance à l'imitation, une aptitude aux travaux mécaniques (génie partiel). La crédulité et la vanité sont excessives; le mensonge, la gloutonnerie, l'érotisme, l'immoralité, la paresse et surtout l'inaptitude au travail réglé sont les défauts les plus communs de l'imbécile; la scolarité reste toujours incomplète, mais l'éducation est possible. — Chez le vésanique, la perceptivité est prompte et presque toujours normale, l'attention très mobile, la mémoire bonne mais appartenant plutôt au type auditif qu'au type visuel, l'imagination désordonnée; le nombre des idées concrètes est faible, la possibilité d'abstraire est complète, mais ce qui manque surtout, c'est la faculté logique et la critique; le caractère est instable, la parole normale; bien que l'on rencontre parfois l'écholalie ou le mutisme volontaire, le rire est complet, explosif, parfois exubérant, alternant avec l'expression contraire. L'affectivité est nulle ou pervertie; l'individu est paresseux, incapable de rester dans une place, il est joueur, d'une volubilité extrême avec ses partenaires; il apprend facilement mais est peu éduable. L'épileptoïde a la perceptivité retardée exceptionnellement normale, l'attention torpide ou trop fugace, la mémoire faible ou partielle, l'imagination pauvre, et manque plus ou

moins de logique; l'humeur est déprimée avec des périodes d'expansion et même d'instabilité, l'affectivité est nulle. Il est impulsif, violent, enclin à l'alcool, aux mauvais propos, à la vendetta, à la paresse, au vagabondage, au jeu; il est impatient de toute discipline, la scolarité est limitée, son éducatibilité parfaite. L'infantile a la perception retardée, l'attention mobile, la mémoire bonne, l'emmagasinement faible; il manque d'idées abstraites, l'humeur est généralement déprimée, parfois égale ou expansive, le langage enfantin; souvent il est atteint de blésité, le geste est normal, la parole insuffisante; le rire complet; il se plaît à la contradiction, à l'imitation au jeu; il est curieux, sournois, crédule, timide, indolent. La scolarité faible, très éduicable. Parmi les types mixtes, citons celui de l'imbécile moral qui participe de l'imbécile, du vésanique et de l'épileptoïde.

XI. — *Le nouveau monogénisme*; par le D^r Giuffrida-Ruggeri (n° 1). — C'est une réponse de Giuffrida-Ruggeri à Zuccarelli sur la question des canines extrêmement développées qu'on rencontrerait parfois chez l'homme. Giuffrida-Ruggeri maintient son opinion, on n'a jamais rencontré chez l'homme le type des canines simiesques. L'anthropologiste romain rejette à la fois le néo-monogénisme et la descendance anthropoïde.

XII. — *Maïs et pellagre au Mexique*; par le D^r Bonansea (n° 1). — Le maïs est très abondant dans toutes les régions du Mexique, il croît même spontanément et sans culture dans les terres chaudes. Souvent le maïs altéré donne de la gastro-entérite aux hommes et aux animaux (vaches, chevaux), mais la pellagre est inconnue. On est donc conduit à penser que c'est grâce aux préparations culinaires qu'il subit que le maïs est sans danger dans ce pays, on le consomme en effet préparé à l'état de tortilles dont les Indiens se servent à la place de pain. La gastro-entérite d'origine zeïque se présente sous trois formes: une bénigne, une grave, une très grave. Les deux premières se caractérisent par de la perte d'appétit, de l'exagération de la soif, de la diarrhée et parfois l'ictère léger; la dernière rappelle le charbon foudroyant ou apoplectique et se termine souvent par la mort en moins d'une heure. La forme grave dure de deux à huit heures, la forme bénigne est plus longue. A l'autopsie, on trouve de l'inflammation de l'intestin, de l'estomac, des reins, de l'hyperémie des poumons, des hémorragies de l'encéphale et de la moelle épinière.

XIII. — *Le génie chez les bègues*; par le D^r Brandt (n° 1). — L'auteur a eu la chance de connaître des bègues de génie. Grands généraux, grands écrivains, satiristes de talent, grands médecins, notables commerçants; nous n'avons pas eu la même chance et tous les bègues que nous avons été à même d'observer étaient plutôt d'esprit borné.

XIV. — *Superstitions criminelles à Cuba*; par le D^r Ortis (n° 3). — La plus répandue est celle qui entraîne la violation des sépultures pour se procurer des restes humains nécessaires aux incantations et aux sortilèges et les crânes dont on fait des amulettes. Les nègres cubains, comme leurs frères d'Afrique, croient à une survivance du « double »; la possession des cheveux donne des droits sur le « double » du mort. Pour les philtres et les sortilèges, ils emploient une cuisine analogue à celle des sorcières de Macbeth, os réduits en poudre, coquilles, cornes d'antilopes. Le cannibalisme assure, lui aussi, la possession du « double », il est surtout pratiqué par les sorciers de profession. Parfois ces tristes individus assassinent un enfant blanc pour en avoir le cœur qui leur sert à préparer un philtre ou « embo ». On ignore le nombre de ces crimes souvent impunis, car non seulement la statistique criminelle n'existe pas à Cuba, mais, à la campagne on n'a pas recours à la justice dans les affaires criminelles. Un squelette de fœtus pulvérisé sert à rendre féconde une femme qui désire un enfant. En somme, le nègre cubain a les mêmes superstitions que ses congénères de la Havane ou de l'Afrique.

XV. — *Andropornio* (ανηρ, vir, πορνειον, lupanar); par le D^r de Blasio (n° 3). — Le 12 avril 1904, la police napolitaine pénétra dans un appartement somptueux, loué par un individu surnommé la « Signora » : des mineurs dressés à ce « sport » y jouaient le rôle de femmes. On entrait dans cet établissement grâce à des signes convenus; des « ruffians » servaient de rabatteurs dans les cafés et les hôtels et amenaient à cette maison Tellier des clients. On ne se gênait pas de pratiquer l'« entôlage ». Des plaintes furent faites : les « femmes » vêtues de robes de mariées avec voile et couronne de fleurs d'oranger y faisaient la « noce » avec les clients en habits noirs. A ce propos de Blasio se demande si les « passifs » éprouvent des sensations voluptueuses lors de l'intromission. Si l'on en croit Chevalier, les pédérastes différeraient psychologiquement des autres hommes et seraient plus à plaindre qu'à blâmer.

XVI. — *Epileptique homicide*; par le D^r Andenino (n° 3). — Un épileptique tue sa maîtresse, puis cherche à se suicider d'un coup de revolver au cœur. Ramassé sans connaissance, on le transporta à l'hôpital. Après sa guérison on le transféra en prison où il se livra de nouveau à des tentatives de suicide.

XVII. — *Etrange anomalie chez un épileptique homicide*; par le D^r Masini (n° 3). — Un paysan de vingt-quatre ans tue un soir coup sur coup son père et un voisin, il menace de mort un autre voisin. Immédiatement arrêté, il présente une amnésie complète. Il a une hérédité extrêmement lourde : petit-fils d'un alcoolique qui l'a gravement blessé lorsqu'il avait dix ans, fils d'un alcoolique inintelligent, violent et têt, frère d'un alcoolique et de deux hystériques, il est épileptique depuis sa jeunesse et a des idées religieuses très accusées ; il présente de nombreux stigmates dégénératifs ; en particulier, les poils du pubis sont du type féminin et il a de l'hypertrichose du ventre ; avant et après les accès il est très violent et griffe jusqu'au sang ceux qui l'approchent ; ses mains ont une conformation très spéciale ; il existe de la mobilité du segment antérieur du carpe sur les dernières phalanges, ce qui permet à la main de prendre les positions les plus étranges ; la même anomalie se répète aux pieds, mais moins nette ; il s'agit probablement d'un stigmate dégénératif.

XVIII. — *Manifestations symptomatiques rares dans un cas de paralysie progressive* ; par le D^r Roasenda (n° 3). — Un homme de quarante-huit ans est malade depuis deux ans, il se plaint d'un tremblement incessant qui l'empêche de travailler de son métier de mécanicien, il a des idées délirantes de persécution, il prétend que sa femme a tenté de l'empoisonner, qu'on l'a traité comme un anarchiste ; à un autre moment il dit qu'il est riche, que sa femme est comtesse, qu'il a des chevaux, des voitures, des appartements extraordinaires avec tout le confort moderne. Son fils est un prodige, il soulève des poids extraordinaires, mais il reconnaît qu'il est dans la misère. Son tremblement simule celui de la sclérose en plaques, 67 vibrations par minute avec augmentation dans les mouvements volontaires ; il présente d'ailleurs tous les signes de la paralysie générale et n'a pas d'autres signes de sclérose en plaques que ce tremblement.

XIX. — *Crâne d'épileptique avec épine faciale anormale bilatérale et d'autres anomalies notables* par M. le D^r Giuffrida-Ruggeri (n° 3). — Il s'agit d'un crâne provenant de l'asile de

Pérouse et présentant une épine anormale bilatérale égale à l'épine nasale moyenne située au bord inférieur de chacune des fosses canines, à l'extrémité de l'ouverture du muscle canin, de part et d'autre de l'épine nasale normale, ce qui donnait à la face un aspect étrange. L'épine de droite était un peu plus large que l'autre. La glabelle était anormalement saillante; le squelette du nez dévié à gauche; à droite existait un trou sus-orbitaire surnuméraire aboutissant à un canal dont l'origine interne peut être qualifiée de sus-lacrymale; à gauche, à l'union des zygomat. et des maxillaires, est une grosse saillie maxillo-zygomatique : rien de pareil n'existe à droite. Dysostose sphéno-palatine, à la base du crâne existe le tron de Cevanini commun dans les races australiennes; enfin on trouve une prémolaire de la troisième dentition.

XX. — *Pouvoir d'imiter les gestes et les sons*; par le Dr Banfi (n° 3). — Certaines personnes jouissent d'une faculté particulière pour reproduire fidèlement la voix, la marche, le geste de personnes connues. Cela paraît supposer une finesse d'observation et une mémoire peu communes. D'abord il se produit une période de gestation de quinze jours à un an pendant laquelle le geste imitatif subit une élaboration mystérieuse et inconsciente depuis le moment origine de la conception imitative; cet ensemble est assez compliqué et l'élément psychologique caractérise le moi de l'individu. Il y a reproduction phonographique de la voix, reproduction imitative de l'ambiance et volonté bien arrêtée d'imiter : c'est en somme le moi de la personne imitée qui se substitue pendant un instant au moi de l'observateur. Il y a des personnes très faciles à imiter et à reproduire; d'autres beaucoup plus difficiles; la reproduction la plus facile est celle des défauts de prononciation, la plus difficile est celle de la mimique ou des tics nerveux. Les femmes et les enfants sont moins faciles à reproduire que les hommes; on peut « attraper » certaines personnes plus facilement que d'autres.

XXI. — *Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire suivant les principes de l'anthropologie criminelle*; par le professeur Van Hamel (n° 3). — Le traitement social pénal et pénitentiaire des jeunes criminels devra et pourra aisément être basé entièrement sur le principe réaliste de l'anthropologie criminelle. A ce point de vue la distinction traditionnelle d'après la formule théorique du discernement devra être abandonnée et remplacée par une

sélection rationnelle en vue d'un but pratique d'après un régime d'individualisation. Tout traitement devra être inauguré et dominé par un service spécial d'observation psychologique avec description systématique. Ces observations devront être périodiquement répétées. Pour la préservation des jeunes criminels, les mesures de droit civil telles que la déchéance de la puissance paternelle, l'organisation de la tutelle et les mesures de droit social telles que l'enseignement obligatoire, l'apprentissage et le patronage devront être étroitement liées à toute mesure pénale ou pénitentiaire. Toutes les mesures pénales et pénitentiaires devront porter un caractère éducatif et, dans leurs traits généraux, être modelées sur la discipline domestique. Il faut que l'autorité judiciaire qui en fera le choix et que l'autorité administrative qui en fera l'application puissent disposer d'une liberté aussi peu limitée que possible, afin que dans chaque cas puisse être appliquée la mesure appropriée à l'individu. Les mesures principales à caractère éducatif sont : *a*) l'admonestation; *b*) l'amende pour autant qu'elle pourra être exécutée sur les revenus de l'individu; *c*) un internement de courte durée dans quelque école de discipline ou autre établissement analogue; *d*) la condamnation conditionnelle à un tel internement; *e*) la mise à la disposition du gouvernement dans le but d'une éducation systématique et professionnelle jusqu'à l'âge de la majorité civile; *f*) la libération conditionnelle; *g*) l'émigration. L'éducation systématique des jeunes criminels qui sont mis à la disposition du gouvernement se fera dans les établissements de l'Etat (colonies agricoles, établissements avec ateliers industriels, training-ships) ou sous le contrôle et avec subvention de l'Etat, dans des établissements privés analogues ou dans des familles : le tout avec un traitement physique et psychique appropriés (système des reformatories américains) et avec l'installation de quartiers d'observation, de traitement spécial pour ceux qui sont particulièrement anormaux. Les individus qui, à cause de leur anomalie psychique malade ou dégénérative, sont, soit au commencement, soit plus tard, à l'époque de la majorité civile, déclarés socialement incorrigibles et dangereux, devront être placés et surveillés avec autant de liberté des mouvements que leur état le comportera dans des établissements appropriés à ce but. L'autorité judiciaire qui, au commencement, juge le cas et choisit la mesure appropriée, devra être spécialement propre à cette tâche (juvenile Courts); la procédure, la défense, le service des renseignements, tout

doit contribuer à assurer que les juges sont bien informés sur l'individu. L'autorité administrative et les forces auxiliaires de l'assistance privée qui seront appelées au traitement, à l'observation, à la surveillance pendant les périodes de libération, devront de même se tenir à la hauteur des sciences criminelles. L'État devra favoriser ces études. Devront être considérés comme jeunes criminels les délinquants, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle doit être fixée la majorité pénale. D'autres distinctions par rapport à leur âge ne doivent former que des distinctions de degré qui pourront être utiles en vue de distinctions pratiques; le traitement des jeunes criminels pourra et devra être le prototype pour le traitement des adultes.

XXII. — *Du parallélisme entre l'homosexualité et la criminalité innée*; par le professeur C. Lombroso (n° 3). — Comparons tout d'abord la criminalité transitoire de l'enfance normale avec l'hermaphrodisme moral des enfants, la jalousie sans acte sexuel des amitiés enfantines est l'analogue des homosexuels d'occasion et des criminels d'occasion. Comparons aussi des criminels-fous et des homosexuels nés avec les criminels nés et les invertis aliénés; le caractère particulier des homosexuels, la frivolité, le bavardage, la coquetterie, les goûts artistiques avec celui des criminels, l'orgueil, la vengeance, la zoophilie, l'amour du mal pour le mal, l'argot, le tatouage, les hiéroglyphes. Tous deux descendent de détraqués, d'épileptiques et même d'alcooliques. La fréquence de l'hystérie dans l'homosexualité et de l'épilepsie dans le crime, enfin la précocité commune à ces deux classes; enfin beaucoup de criminels nés sont des homosexuels.

XXIII. — *Installation d'asiles pour l'internement perpétuel de certains criminels déclarés irresponsables*; par le procureur général Garofalo (n° 3). — Lorsqu'il y a accusation pour incendie volontaire, viol, meurtre ou assassinat et que l'accusé est déclaré irresponsable pour cause de folie, mais que pourtant il ne souffre pas d'une forme pathologique exigeant un traitement hygiénique ou médical, il sera interné dans un établissement où il n'y aura d'autres rigueurs que celles rendues nécessaires par la surveillance et la discipline. L'internement sera perpétuel à moins que, après une période assez longue et qui ne devrait pas être inférieure à cinq ans, le tempérament ou les instincts du délinquant soient tellement transformés qu'on ne puisse plus douter de sa réforme morale. Lorsque le médecin

de l'établissement exprimera un avis de ce genre, le président du tribunal examinera les actes du procès clos par déclaration d'irresponsabilité. Il nommera une commission d'aliénistes qui sera présidée par lui, et pourra fixer un terme pour l'observation du délinquant. Si la Commission juge tout péril cessé de la part de ce dernier, ce tribunal décidera à huis-clos et avec l'assistance du ministère public. Si la proposition du directeur n'est pas adoptée, celle-ci ne pourra être renouvelée que dans un délai de cinq années.

XXIV. — *Quelques recherches sur les causes de l'augmentation des vols pendant l'hiver et des coups et blessures pendant l'été*; par le Dr de Roos (n° 3). — L'hiver, la misère est plus grande, les nuits plus longues favorisent le vol avec effraction, car l'escalade la nuit est exceptionnelle. Plus difficile est l'interprétation de l'augmentation des crimes de sang pendant l'été. Est-ce influence cosmique analogue à celle que subissent la folie et la vie sexuelle dans les mêmes saisons, l'augmentation des occasions de contact des personnes entre elles, l'alcoolisme? Cette dernière cause paraît la plus importante parce qu'elle se remarque le jour de l'an, le dimanche et le lundi; cependant Tarde prétend qu'on s'enivre davantage pendant la saison froide.

XXV. — *Simulateur*; par M. Charpentier, avocat (n° 3). — Pour bien simuler ce que l'on n'a pas, il faut avoir des indications très précises et subir un dressage spécial; cela n'empêche pas d'ailleurs d'être un anormal, comme le disait déjà Lasègue. L'un des trois cas rapportés par Charpentier concerne un homosexuel très émotif; un autre une hystérique anesthésique qui prétendait avoir des impulsions kleptomaniaques.

XXVI. — *Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire suivant les principes de l'anthropologie criminelle*; par M. Kahn, avocat (n° 3). — Un des traits les plus caractéristiques de la criminalité contemporaine est l'extrême jeunesse des criminels. On sait aussi l'insuccès presque complet de l'éducation dite correctionnelle et même de pas mal d'œuvres de relèvement pour les enfants traduits en justice. Les causes de la criminalité juvénile sont les unes physiologiques et tiennent à l'arriération mentale caractérisée par la paresse, l'impuissance de la volonté à refréner les instincts bons ou mauvais, l'insensibilité morale; d'autres tiennent à des causes sociales: impossibilité pour les

parents de surveiller leurs enfants, mauvais exemples, alcoolisme ou hystérie des parents, ménages désunis. Dans les cas qui ressortissent à cette dernière catégorie, on obtient des résultats en patronnant l'enfant dans sa famille, en consultant la mère; mais cette méthode ne saurait être envisagée comme une panacée, et parfois l'Ecole de réforme, type Montesson, l'envoi à la campagne, le placement à demeure chez des patrons peuvent rendre les plus grands services.

XXVII. — *Anthropologie criminelle et organisation scientifique de la police*; par le professeur Ottolenghi (n° 3). — Le professeur de Rome insiste sur les bénéfices que la police et la justice ont obtenus grâce à l'identification somatique des criminels (bertillonage), la photographie judiciaire, le portrait parlé qui n'est pas encore assez répandu; il montre combien il est important que les agents chargés de la répression connaissent et sachent étudier non seulement le crime, mais surtout le criminel, ses tares, ses façons de sentir, de penser, de vouloir, de haïr, et d'aimer; il insiste sur la nécessité de la création des travaux pratiques de criminologie, de cliniques du crime. Il propose la création de fiches criminelles individuelles contenant les signes d'identification somatique, psychique, les antécédents, les stigmates dégénératifs, les particularités morales du sujet et une note de chacun des fonctionnaires et des magistrats qui ont eu à s'occuper du sujet: la police aurait ainsi sous les yeux constamment un répertoire à jour des violents, des filous, des individus mal famés, des souteneurs, des pédérastes et même des aliénés récidivistes et des épileptiques. Comme mesures coercitives à employer à l'égard de ces éléments malsains, il propose l'admonition, la surveillance rigoureuse et la relégation.

XXVIII. — *Le juge contemporain*; par le président Magnaud (n° 3). — Le juge moderne fait tout ses efforts pour être équitable; malheureusement il est souvent, en raison de sa mentalité et de son éducation par trop « bourgeoise », trop dur pour les vaincus et les déshérités de la vie et trop indulgent pour les escrocs de haut vol; il lui est plus particulièrement difficile d'être équitable envers les révoltés politiques et religieux. Les verdicts du jury paraissent à M. Magnaud plus équitables et moins absurdes, surtout moins empreints de casuistique. Il est entendu que nous ne prenons pas à notre compte certaines affirmations par trop hasardées du distingué président.

XXIX. — *Organisation pratique de la prophylaxie de la*

criminalité juvénile ; par le juge Albanel (n° 3). — La clinique médico-pédagogique enseigne que la moitié environ des jeunes délinquants sont des dégénérés ayant besoin d'une éducation spéciale : les uns appartiennent à des familles peu honorables, du milieu desquelles il faut retirer les enfants ; ceux qui appartiennent à des familles honorables doivent continuer à y vivre, mais être patronnés ; enfin, il importe d'établir et d'organiser des établissements médico-pédagogiques pour les anormaux et des établissements à discipline sévère pour les simples vicieux.

XXX. — *Contribution à la morphologie du cerveau des femmes criminelles* ; par le D^r Lattes (n° 3). — Sur cinquante femmes d'origines très diverses, mais toutes Italiennes, condamnées pour homicide ou infanticide, l'auteur a relevé les anomalies suivantes : quatre circonvolutions frontales longitudinales (même cinq dans un cas), sillon frontal médian continu, sillon préencéphalique coupant le bord supérieur des hémisphères, interruption du sillon de Rolando (type fœtal), sillon de Rolando double, sulcus lunatus net, nombreuses variations de ce sillon.

XXXI. — *Anthropologie des classes pauvres et ses rapports avec l'anthropologie criminelle* ; par le D^r Niceforo (n° 3). — Les caractères physiques, physiologiques, psychophysiologiques et ethnographiques sont très différents dans les classes pauvres et dans les milieux aisés : le crime y est tout particulièrement commun ; la misère et l'absence d'éducation morale sont des causes de criminalité, d'autant que la misère est souvent accompagnée de la tuberculose et de l'alcoolisme qui sont de puissants facteurs de dégénérescence. Les principales coordonnées anthropométriques sont plus faibles chez le pauvre que chez le riche ; il est moins grand, moins lourd, moins fort, moins développé de poitrine ; il a une circonférence de tête et une capacité crânienne probable, calculée d'après la méthode de Parchappe, plus faible ; les yeux et les cheveux sont de coloration plus claire, les anomalies physiques plus nombreuses : « la misère fait le lit à la criminalité » ; le pauvre endure des fatigues plus grandes ; il vit dans ses logements plus étroits ; la mortalité est plus élevée ; les intoxications industrielles et autres sont plus fréquentes. Il en est de même des auto-intoxications intestinales : il est d'une moindre résistance physique et morale aussi bien aux épidémies mentales (démonomanies) qu'aux autres (peste, lèpre, choléra), et Niceforo admet que c'est une famine chronique qui fit la cause de la Révolution.

XXXII. — *Délinquance criminelle en rapport avec l'âge* ;

par le Dr Altavilla (n° 4). — L'enfant comme le sauvage est imprévoyant ; il n'a qu'une réévocation fragmentaire du passé, il manque d'expérience, il est enthousiaste, primesautier, imprudent, il ignore le monde, il peut commettre de véritables délits volontaires : généralement ce sont des rixes à propos de futilité ; il manque de discernement, plus souvent il s'agit d'actes dont l'enfant ne saisit ni la gravité ni le caractère criminel ; il veut faire un grand feu et il allume un incendie, ou bien il jette un couteau qui tombe où il peut. D'après Angiolini, jamais l'enfant ne devrait être rendu responsable des imprudences commises : il ne devrait y avoir dans ce cas que la ressource de la correction paternelle. Mais cependant si l'enfant manque de sentiments humanitaires même à l'état embryonnaire, si c'est un impulsif, un antisocial n'est plus le même cas que celui de la délinquance en quelque sorte physiologique ; alors l'enfant doit être mis en correction, mais où ? car le code ne connaît que la maison de correction. L'âge fixé pour la responsabilité pénale est trop faible, surtout en Italie ; il devrait davantage se rapprocher de celui de la majorité civile. Pour Krafft-Ebing, la responsabilité exige la possession d'une somme de connaissances pratiques suffisantes des relations juridiques et sur les règles des convenances sociales, l'indépendance nécessaire pour prendre une décision : cela est en pratique difficile à apprécier. Quoi qu'il en soit, on constate que la criminalité augmente dans de graves proportions à partir de la quatorzième année (puberté) et aussi de vingt et un à trente ans, tandis qu'elle est relativement plus faible de dix-huit à vingt et un. La délinquance est certainement en rapport avec les divers facteurs anthropologiques, en particulier avec l'âge.

XXXIII. — *Hystérique homicide-suicide* ; par le Dr Andenino (n° 4). — Un jeune homme de dix-huit ans ayant de nombreuses tares et des signes nets d'hystérie se livra à l'âge de dix ans à la masturbation et à celui de douze ans au coït ; il se suicida avec une maîtresse mariée, il se remit de ses blessures.

XXXIV. — *Hystériques criminelles* ; par le Dr Andenino (n° 4). — Une femme a eu dans son enfance des terreurs nocturnes, une méningite à laquelle ont succédé des attaques convulsives et des absences : elle a fait une chute sur la tête et présente de nombreux stigmates dégénératifs, en particulier des appendices lémuriens. Elle entre un jour dans une boutique, emprunte de l'argent au marchand, en prétextant qu'elle

a oublié son portefeuille et elle lui commande des effets qu'elle se fit livrer à une adresse inconnue. Une autre femme de vingt ans, qui a eu dans sa jeunesse le typhus et l'érysipèle, est kleptomane depuis son enfance ; elle a déjà été internée ; elle présente de nombreux stigmates d'hystérie et de dégénérescence et même de véritables accès délirants, puisqu'elle prétend avoir été changée en nourrice. Au moment du vol, elle présenta de l'angoisse très nette.

XXXV. — *Contribution à l'étude des fonctions du lobe frontal* ; par le Dr Roncorini (n° 4). — Un homme de cinquante ans, ancien paludéen, reçut par vengeance un coup de serpe au niveau de la partie gauche du frontal, qui occasionna une fracture avec hernie de la substance cérébrale : les symptômes furent une perte de conscience absolue pendant quinze ou seize jours, de la méningite, une hémorragie, du trouble des idées. Le vingtième jour, il était guéri. C'était un alcoolique. Il eut, un beau jour, un accès convulsif suivi d'hébétude et d'impossibilité d'articuler une parole. Cet état s'améliore, mais il ne peut plus écrire. Ces lésions semblent en relation avec les lésions de la zone préfrontale ; il a de la difficulté à trouver les mots, les confond ; mais, ni l'intelligence ni l'affectivité ne paraissent atteintes ; il est cependant apathique. Donc, pour Roncorini, une lésion de la zone préfrontale a produit une amnésie verbale partielle, une altération du contenu psychique de l'écriture spontanée, des mouvements mimiques du visage, de l'inaptitude aux calculs les plus simples. Après avoir rappelé le schéma des réflexes psychiques, les voies efférentes et les voies afférentes, il admet que ce sont les voies efférentes qui sont atteintes et probablement le centre de Wernicke pour la réévocation des images des mots. Pour Roncorini comme pour Bianchi, les zones d'association de Flechsig ne sont que des zones sensorielles ou sensitivo-motrices d'évolution où arrivent des catégories de sensations plus évoluées et hétérogènes ; le lobe frontal est le centre de la fusion physiologique de tous les produits élaborés dans les autres régions du cortex. Ces vues semblent confirmées par des autopsies de paralytiques généraux et de déments.

XXXVI. — *Recherches sur l'isolyse chez les hystériques et les épileptiques* ; par le Dr Todde (n° 4). — Le sérum du sang des épileptiques présente un faible pouvoir isolytique ; seulement dans la moitié des cas, ce pouvoir n'existe pas chez les hystériques examinés. En général, le sang des hystériques et

des épileptiques chez lesquels le sérum n'est pas isolytique, présente une facile hémolyse de leur hématie. Les expériences de Todde confirment que le pouvoir isolytique des sérums est en rapport inverse du degré d'hémolyse de ces hématies. Les cytolisines trouvées appartiennent au groupe des thermolabiles; il n'y a pas de rapports constants entre l'intensité de ces phénomènes dans le sang et l'influence des accès. Ainsi dans quelques formes d'épilepsie classique, même pendant l'accès, ces phénomènes n'existent pas. Le répertum hématologique du sang des hystériques et des épileptiques ne montre aucune variation sensible de la normale en rapport avec les réactions hémolytiques anormales. L'autolyse chez les hystériques et les épileptiques est un fait rare. Le pouvoir isolytique du sérum épileptique n'est ni assez constant ni assez intense pour pouvoir servir de criterium diagnostique.

XXXVII. — *Paralytique voleur*; par le D^r Andenino (n° 4). — Un agent de police de vingt-huit ans, à hérédité lourde et ayant fait des excès de boisson, eut la syphilis à l'âge de vingt-quatre ans; il la communique à sa femme; il présente de la diplopie, de la démence et un délire de persécution à caractères démentiels. Étant de garde dans un office de prêt, il s'empara d'une chaîne d'or et avoua ensuite candidement l'avoir volée. Il fut condamné.

XXXVIII. — *Epilepsie cataméniale*; par le D^r Levi Bianchini (n° 4). — Les troubles nerveux au moment de la menstruation sont très connus: ce sont des états semi-pathologiques, plus ou moins vagues. Mais existe-t-il une épilepsie génitale chez la femme? Deux cas observés par l'auteur sembleraient indiquer que parfois il en est ainsi. Il s'agit de sujets qui n'auraient eu ni prédisposition acquise ni antécédents héréditaires, mais des secousses morales au moment des règles. La question est assez importante pour nécessiter de nouvelles recherches.

XXXIX. — *Un idiot submicrocéphale*; par di. Blasio (n° 4). — Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, orphelin de mère, abandonné par son père, qui mendiait sur la voie publique; il savait seulement dire « papa » et « bonsoir », son angle facial n'étant que de 55 degrés inférieur à celui de quelques espèces de singes, sa capacité crânienne probable paraît être de 1050. La mère aurait été victime de mauvais traitements pendant sa grossesse.

XL. — *Sur les formes de transition entre la maladie de Friedreich et l'héredo-ataxie cérébelleuse de P. Marie*; par

le Dr Ferrero (n° 4). — Une observation rapportée par l'auteur montre que l'hypogénèse protubérantielle peut s'accompagner de maladie de Friedreich et représente une forme de transition entre ces deux formes nosologiques : ceci confirme l'opinion que l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie n'est pas une entité morbide autonome et doit être considérée comme une variété nosologique d'un processus plus complexe, plus vaste, plus systématique. En outre, elle démontre que les divers systèmes dans les cas de dystrophie peuvent être pris en même temps, ce qui confirme les idées du professeur Raymond. A mesure que la neuro-pathologie étend le champ de ses investigations, on trouve des variétés frustes ou complètes du syndrome cérébelleux héréditaire. On devra un jour certainement concevoir des syndromes cérébello-pyramidaux, cérébello-cérébraux, cérébello-musculaires.

XLI. — *Le suicide chez les nègres*; par le Dr Ortiz (n° 4). — Chez les esclaves le suicide était rare ; il l'est beaucoup moins chez les nègres émancipés. A Cuba, le nombre des suicidés a doublé de 1855 à 1857. En Guinée, les nègres croient qu'après leur mort ils vont dans le pays des blancs pour y vivre une nouvelle existence. Pour se tuer, les nègres se pendent ou s'empoisonnent avec le cia-magrie (*Chévancium grandiflorum*) et le guão (*commocledia dentata*). Pour les esclaves, le suicide était une sorte de vengeance contre les maîtres. Sous le même climat, les blancs se suicident plus que les nègres.

XLII. — *Sur la signification de l'accroissement des ongles chez les déments précoces*; par le Dr Duse (n° 4). — Duse a examiné 18 individus normaux, 52 déments précoces, 8 imbéciles et 12 épileptiques ; il conclut qu'il n'y a pas de type d'accroissement unguéal caractéristique des différentes formes de la démence précoce. Dans les formes de démence précoce et de psychose épileptique, l'accroissement unguéal dans la majorité des cas est plus lent que chez les normaux, chez les imbéciles plus lent encore. L'accroissement unguéal seul dans un petit nombre de cas de démence précoce est égal en quantité et en qualité à celui des normaux. Il ne semble pas d'après des épreuves au bleu de méthylène que la démence précoce soit une maladie par ralentissement de la nutrition.

XLIII. — *Les idiots*; par le Dr Gualino (n° 4). — Résumé d'un rapport au IX^e Congrès de psychologie publié *in extenso* dans les *Annali di Frenatria*.

XLIV. — *La délinquance fiscale, lettre ouverte au professeur C. Lombroso*; par le D^r Pellegrini (n° 4). — Il y a une criminalité spéciale des percepteurs d'impôts et des receveurs d'enregistrement. Evidemment tous ces agents ne sont pas des voleurs, mais beaucoup cherchent à ennuyer leurs semblables, ils réclament parfois des impôts excessifs qui ruinent les gens; sous le voile de l'anonymat, ils exercent leurs rancœurs et leurs méchancetés sur des innocents, beaucoup d'entre eux s'attachent à ces malpropretés. Leur situation est analogue à celle des agents de police qui font tirer sur le peuple qui réclame du travail et du pain. L'auteur conclut que la société n'est pas parfaite; c'est certain, mais nos fonctionnaires français ne sont pas si méchants.

XLV. — *Songes stéréotypés chez un jeune homme*; par le D^r Pennazza (n° 4). — Un jeune « toqué » de vingt et un ans à caractère bizarre, qui ne veut faire que ce qui lui plaît, qui a eu à la puberté de la perversion des sentiments affectifs et a des perversions sexuelles, a aussi des rêves stéréotypés qui le troublent pendant le jour; il a cherché à violenter sa sœur qu'il avait désiré en songee. Une bonne éducation paraît être le seul remède de cet état pathologique.

XLVI. — *Fossette occipitale médiane dans un crâne hydrocéphale*; par le D^r Paravicini (n° 4). — La capacité de ce crâne était de 2.875 centimètres cubes; la circonférence de 608 millimètres, il présentait de nombreux stigmates dégénératifs, et en particulier une fossette moyenne en bissac. L'encéphale qu'il contenait avait un aqueduc de Sylvius de 17 millimètres de diamètre à l'embouchure postérieure et contenait 1.500 centimètres cubes de liquide. Selon l'auteur, la fossette lombrosienne était due à une action mécanique.

XLVII. — *Du rôle de la pitié dans la justice*; par M^{lle} Gina Lombroso (n° 4). — La pitié est l'un des attributs de la femme: certes, le châtiment doit être proportionné à la faute commise, mais il faut tenir compte des conditions physiques et morales du délinquant; le châtiment doit tenir compte de ce qu'a souffert la victime, mais il n'est pas toujours possible à un criminel de calculer la portée de son acte. Tout le monde n'est pas digne de la même pitié; le juge ne doit pas oublier qu'il n'a pas seulement devant lui un crime, mais un criminel: mais surtout pas de sentimentalisme bête!

XLVIII. — *Police judiciaire scientifique*; par le D^r Niceforo (n° 4). — La police scientifique comprend l'ensemble des connais-

sances scientifiques appliquées aux recherches de procédure criminelle destinées à établir l'identité du sujet et à déterminer le rôle que dans une affaire criminelle donnée a pu jouer un homme ou un objet. C'est en somme l'ensemble des sciences auxiliaires du droit criminel : elle comprend l'anthropométrie judiciaire, la photographie métrique, le portrait parlé, etc. Elle permet d'étudier le lieu du crime, d'examiner un cadavre, de le photographier, de prendre l'empreinte des pieds, nus ou chaussés, celle des doigts, des dents, des ongles, l'examen des documents entachés de faux, de taches, relever le signalement anthropométrique et établir la fiche d'un individu; elle nécessite un outillage particulier et des laboratoires.

XLIX. — *Traitement des criminels au point de vue scientifique*; par le Dr Mount-Bleyer (n° 4). — La peine est la connexion qui unit le puni à la société en général : or l'entourage mauvais est dangereux pour ceux qui ne sont qu'à demi-pervers, un individu mauvais n'a rien à gagner dans un bon milieu. La punition, telle qu'on la conçoit généralement, est absolument inutile : la prison doit devenir un véritable asile où l'on traite ceux qui sont curables et où l'on assure la subsistance régulière aux incurables. C'est entre ces deux hypothèses un véritable diagnostic différentiel à faire; de plus, il faut former scientifiquement le caractère des enfants, ne jamais leur pardonner la désobéissance, le mensonge, ni la méchanceté. Il faut cultiver l'éthique des jeunes gens, faire participer les sujets à leur propre gouvernement, éliminer soigneusement les antisociaux et obliger les criminels au célibat par l'emprisonnement et même par la castration librement acceptée. Nous avons déjà protesté, et nous continuerons à le faire, contre cet utilitarisme anglo-américain par trop modern-style! Mais là où nous partageons entièrement la manière de voir de l'auteur, c'est lorsqu'il dit : la prison ne devra jamais être luxueuse.

L. — *Criminalité et lutte des classes dans les Pays-Bas*; par le Dr Slingenberg (n° 4). — Le mouvement de la criminalité aux Pays-Bas, dans la période 1906-1908, représente des maxima en 1897, 1901 et 1902, qui sont évidemment en relation avec les troubles, les difficultés politiques et les élections générales. Il existe un rapport direct entre la criminalité et la lutte des classes en ce sens que plus la lutte devient violente, plus la criminalité augmente, surtout la criminalité collective.

LI. — *Notes anthropologiques sur un mélancolique homi-*

cide; par le D^r Bellini (n° 4). — Il s'agit d'un individu acquitté par la Cour d'assises de Turin, qui, à la suite d'un vol, devint timide, impressionnable, puis eut un véritable accès de mélancolie; il tua son voleur, puis resta dix jours sans manger; il avait des stigmates dégénératifs; de l'exagération de la sensibilité, du bégaiement: c'était d'ailleurs un faible d'esprit.

LII. — *Précocité dans la criminalité*; par le D^r Valentivivo (n° 4). — L'hérédité asthénique, dont les effets pernicioeux s'accroissent plus particulièrement dans le système encéphalo-rachidien, dans les organes génitaux et dans le sang, ne peut être combattue qu'en fortifiant directement l'individu dès l'enfance et même dès le berceau: alimentation, propreté, exercice, vêtements. La pauvreté organo-dynamique des procréateurs et des ancêtres, conspirant avec le manque de défense économique-politique du prolétariat, réclame de la société la protection intégrale des travailleurs, producteurs de la richesse sociale en tant qu'ils constituent le noyau central de la famille stable dans le sein de la nation florissante. La désorganisation de la famille due au concours d'un grand nombre d'actions anti-hygiéniques, démoralisatrices, involutionnelles, telles que la barbarie et le nomadisme, exige des réformes législatives intégrales qui pratiquent la vertu et qui viennent en aide à l'éducation des enfants dans l'intensité de la vie domestique. Le relâchement des liens sociaux dans la vie privée et dans les rapports publics de la vie sociale témoigne que l'action de l'Etat est et sera toujours insuffisante sans la coopération mutuelle libre ou réglementée des citoyens, qui, ayant conscience du danger social représenté par la criminalité précoce, travaillent à la réduire par l'emploi des moyens de prophylaxie collective philanthropique et technique. La prophylaxie sanitaire mentale embrasse l'éducation sociale tout entière. Il est indispensable présentement et pour l'avenir que son action soit directe, continue, graduelle et pédagogique; qu'elle résume essentiellement en préceptes, et habitudes, amenant des réflexes d'obéissance, en évitant soigneusement toute contrainte et toute violence incompatibles avec la science et la philanthropie. La précocité dans le crime et dans la démoralisation chez les mineurs dépend de la multiplication de causes morbides qui par mille voies différentes, dépriment et dégradent la structure cérébrale, ce qui peut amener la destruction de la vie de famille, si l'on ne fait pas intervenir à temps une action sanitaire collective proportionnée à l'étendue du mal, aujourd'hui malheureusement évident par les

atypies anatomiques et physiologiques qui marquent la détérioration histologique et la déviation fonctionnelle de l'encéphale.

LIII. — *Le caractère criminel* ; par le D^r Del Greco (n° 4). — Ce qui caractérise le criminel, c'est la combativité, l'esprit de révolte, la prédominance des impulsivités psycho-biologiques sur les sentiments sociaux et humains, la tendance à simuler et à dissimuler, l'amour du complot, l'absence du remords comme réaction psycho-sociale ; ce sont des non adaptés, ce sont des anormaux, des dégénérés, parfois des fous. Il est difficile d'empêcher la formation du caractère criminel ; une éducation spéciale ne réussit pas constamment, la solution de la question est inséparable de celle de certains problèmes sociaux.

LIV. — *Traitement moral des criminels aliénés* ; par le D^r Del Greco (n° 4). — Il n'y a pas de folie criminelle, mais il y a des dégénérés, des fous chez lesquels se manifestent des tendances à la cruauté : tantôt le crime précède la folie, tantôt l'accompagne, tantôt la suit ; mais l'individu reste toujours un taré. Les influences favorables qui peuvent agir sur lui sont celles du milieu, d'un travail qui doit évoquer chez le délinquant la sensation de collaborer à quelque chose de collectif et d'utile. Il faut reporter les criminels aliénés par petits groupes, surveillés par des infirmiers qui participent à leur travail.

LV. — *Morphologie de la glande thyroïde chez les fous* ; par le D^r Terichrice (n° 4). — La glande présentait les caractères morphologiques de l'insuffisance, elle avait la moitié ou le tiers du poids normal, son volume était insuffisant.

LVI. — *Anomalies histo-morphologiques chez les criminels et les épileptiques* ; par le D^r Roncorini (n° 4). — Les travaux modernes ont montré (Jolly) la constance des altérations microscopiques chez les aliénés et les épileptiques : au microscope, Jolly a signalé l'importance de la gliose et des anomalies des couches corticales dans l'épilepsie. Roncorini revient sur les lésions histologiques des centres ; il considère que normalement le pallium cérébral a 6 couches et non 5, comme l'admet Meynert ; il divise la couche n° 2 de Meynert en couche granuleuse externe et couche des petites cellules pyramidales, tout en reconnaissant que normalement ces deux étages sont peu distincts. Sur 33 épileptiques qu'il a examinés à ce point de vue, il a trouvé la couche granuleuse interne (couche n° 5) absente 9 fois, atrophiée 25 fois ; 10 fois il a constaté des anomalies dans l'orientation des cellules pyramidales qui sont parfois diri-

gées dans le plan horizontal au lieu d'être verticales. Chez 16 criminels nés, il a constaté 4 fois l'absence, 6 fois l'atrophie de la couche n° 5, 7 fois des anomalies de direction des cellules pyramidales et 9 fois de l'hypertrophie de ces cellules. Comment expliquer ces anomalies ? Est-ce sur un arrêt de développement ou une intoxication ? Serait-ce dû à la phagocytose ou à une augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien ? Rappelons que l'auteur n'a opéré que sur la deuxième circonvolution frontale, et il estime que ces recherches doivent être étendues à toutes les parties du cerveau pour devenir probantes.

- LVII. — *Sur une loi du développement de la criminalité* ; par les D^{rs} Tovo et Rola (n° 6). — Il y a une tendance de plus en plus grande à la substitution de la criminalité type fraude à la criminalité type violence. La criminalité montre des variations proportionnellement toujours plus lentes et uniformes en allant des formes légères, aux formes graves, autrement dit ; les oscillations sont petites dans les formes graves et grandes dans les formes légères ; la moyenne des homicides est presque constante dans un même état avancé de civilisation.

- LVIII. — *Criminaloïde semi-passionnel* ; par le D^r Mariani (n° 6). — Il s'agit d'un individu qu'une femme abandonna et qui blessa cette femme et chercha à lui couper la gorge, il lui trancha la carotide, elle mourut. Il tenta ensuite de se suicider, fut soigné vingt jours à l'hôpital, puis envoyé en prison. Cet individu qui ne présentait pas d'hérédité morbide, mais qui avait subi une chute d'un second étage, avait été condamné trois fois : deux fois pour escroquerie, la troisième pendant son service militaire. Ce n'était pas un criminel occasionnel ; il n'eut pas d'impulsion, puisqu'il réfléchit vingt-quatre heures avant de commettre son crime ; ce n'était point un passionnel vrai, mais la passion figure comme appoint dans son cas.

- LIX. — *Parésies mimiques unilatérales chez les personnes normales, les fous et les criminels* ; par le D^r Audenino (n° 6). — Les asymétries se rencontrent surtout chez les dégénérés, les épileptiques, les criminels, les fous moraux ; le diamètre pupillaire, la saillie des bulbes oculaires, l'ouverture des paupières sont fréquemment asymétriques ; il en est de même pour les muscles innervés par le facial, car souvent on rencontre une parésie unilatérale de ce nerf, tout particulièrement chez les idiots. Lombroso, chez un criminel, constata une parésie du facial à la suite d'excitations volontaires, mais non à la suite

d'émotions. L'auteur a été amené à penser que ce ne sont pas les mêmes fibres qui innervent les muscles dans l'un et l'autre cas. Il a examiné au point de vue des parésies unilatérales mimiques 37 sujets normaux, 31 aliénés, 34 dégénérés classiques en évitant les idiots, les paralytiques généraux et les individus incapables de comprendre un ordre. il a trouvé 18,9 p. 100 de parésies du nerf facial supérieur et inférieur chez les normaux; chez les aliénés, 38 pour le facial supérieur, 22,5 pour le facial inférieur; chez les dégénérés, 35, 2 pour le facial supérieur, 44,1 pour le facial inférieur. L'asymétrie dans les mouvements volontaires est tout particulièrement fréquente chez les épileptiques.

LX. — *Conscience dans les accès d'épilepsie*; par le Dr Audenino (n° 6). — Classiquement, l'inconscience est absolue dans l'épilepsie; cependant Maxwell, Lemoine et d'autres ont signalé des exceptions dans le petit mal. Audenino croit que ce fait est loin d'être rare, mais ce n'est pas commode à établir à cause de l'amnésie rétrograde, qui souvent suit la crise, alors que la perception est conservée à ce moment. Ce fait est très important à constater en médecine légale; il faudrait aussi expliquer pourquoi les uns conservent leur conscience et pourquoi les autres ne la conservent pas.

LXI. — *Exhibitionnisme et kleptomanie chez un dégénéré génial*; par le Dr C. Lombroso (n° 6). — Un ingénieur de quarante-cinq ans est prévenu d'avoir émis de la fausse monnaie; il a déjà été poursuivi l'an dernier à Monaco pour ce même fait; il a une hérédité des plus chargées; il a de plus depuis l'âge de vingt-six ans des impulsions très nettes à s'exhiber; cette particularité l'a empêcher de gagner sa vie comme professeur; il a également des impulsions dromomaniaques et kleptomaniaques; il dérobe dans les auberges tout ce qui brille et en rembourse la valeur lorsqu'il le peut; il est l'auteur sous divers pseudonymes de manuels de pêche, de traités de législation du cyclisme; il a émis de la fausse monnaie pour payer ses voyages.

LXII. — *Contribution clinique à l'étude de la myoclonie infectieuse de l'enfance*; par le Dr Meynier (n° 6). — La myoclonie n'est plus aujourd'hui considérée que comme un syndrome; il y a une suite ininterrompue d'états pathologiques entre le paramyoclonus multiplex de Friedreich, la chorée, les spasmes rythmiques, la maladie des tics. Ces divers états sont en relation avec l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, sont de

nature dégénérative et correspondent à des lésions des diverses portions de l'axe cérébro-spinal. Meynier rapporte quatre observations d'états de ce genre, consécutifs à des états toxi-infectieux. La première est celle d'un enfant de cinq ans, dégénéré, ayant eu du rhumatisme, de la faiblesse du myocarde, des spasmes des nerfs moteurs de l'œil, de la paupière supérieure et des muscles correspondants qui se terminèrent par la guérison. C'était en somme une myoclonie limitée. La deuxième est celui d'une fillette de onze ans, ayant présenté de la chorée variable et qui guérit; la troisième, celle d'une jeune héréditaire, et la quatrième, celle d'un rhumatisant de douze ans, atteints tous deux de myoclonie. Nous sommes évidemment là en présence de tares nerveuses sur lesquelles une toxi-infection accidentelle a joué le rôle de cause occasionnelle. Le traitement par l'arsenic a complètement échoué; la cure psychique et les reconstituants ont amené la guérison. L'hystérie pourrait bien avoir un rôle dans ces états pathologiques.

LXIII. — *Procès en nullité de mariage pour cause de psychopathie*; par le Dr Algeri (n° 6). — Les infirmités mentales peuvent vicier le consentement; on peut même soutenir que dans ces cas, il y a erreur de personne. Une jeune femme, pendant son voyage de noces, fuyait les approches de son mari et exigeait constamment la présence de sa nourrice; elle alla même jusqu'à une véritable scène de folie dans un hôtel et se réfugia chez ses parents d'où elle refusa de sortir. Le mariage ne put être consommé; de plus elle accusa son mari d'être « toqué ». Un aliéniste consulté déclara la malade inconsciente. Il y avait erreur sur la personne, puisque la famille n'avait pas prévenu le mari de l'existence de ces troubles nerveux. La preuve testimoniale confirma le diagnostic de l'expert. La jeune femme avait eu avant son mariage des crises hystériques et des manifestations psychiques dépressives; le tribunal, par jugement du 11 juillet 1904, déclara que la femme n'avait pas les qualités nécessaires pour faire une épouse et annula le mariage.

LXIV. — *Annulation d'un mariage pour impuissance fonctionnelle à base psychique*; jugement du Tribunal de Naples (n° 6). — Ici, le cas heurte la jurisprudence reçue dans nos pays de race latine; une jeune fille de vingt et un ans s'excitait rien qu'à la pensée du coït: lorsqu'elle y songeait, elle avait de l'insomnie, des spasmes mimiques de la face pendant quelques minutes (tremblement clonique spasmodique convulsif).

L'examen gynécologique provoqua une crise de ce genre et fut impossible. Elle tenta de se jeter par la fenêtre pour éviter un nouvel examen. Il ne s'agissait pourtant ici ni de simulation, ni de vaginisme, mais de paranoïa rudimentaire émotive chez une héréditaire. L'épreuve du Congrès, flétrie par Boileau, n'est plus admise heureusement, dans le pays où a pénétré le Code civil de Napoléon; l'impossibilité du coït est une erreur de personne pour la loi italienne, mais elle doit être manifeste et antérieure au mariage; notre droit français est moins libéral. Quoi qu'il en soit, le tribunal de Naples déclare qu'il y a impuissance manifeste, non seulement celle qui tombe sûrement sous les sens, mais celle qui est hors de tout doute et de toute controverse et scientifiquement démontrée; que l'impuissance fonctionnelle malade antérieure au mariage est une cause de nullité; que la paranoïa rudimentaire sexuelle ou émotive rend la femme invinciblement réfractaire à l'union sexuelle malgré l'intégrité des organes génitaux ou impuissance psychique fonctionnelle. Sur appel, Rome 23 février 1904 et 10 septembre 1904.

LXV. — *Note sur la pellagre dans les Langhe*; par le Dr Als, Belfadil (n° 5). — Pourquoi la pellagre est-elle rare dans les Langhe et le Haut-Montferrat? L'auteur n'en a vu que de très rares exemples. Est-ce parce qu'il n'y a pas d'eaux stagnantes, que le climat est sain, que la Bonnida ne déborde que rarement? Est-ce parce qu'à la « quarantaine » on préfère le beau sarrasin que chacun cultive pour son usage, comme la vigne et le chanvre? Point de latifundia. La première farine de maïs se vend le 15 août et le sarrasin est mûr à la fin d'août; on le conserve au frais. Les habitations sont habituellement bien exposées; on ne vend le sarrasin qu'au fur et à mesure des besoins et en faible quantité à la fois. Le « Turquie » n'est employé que pour la polenta; le sarrasin sert à faire le pain. Même chez ceux qui abusent de la polenta, la pellagre reste rare, car on n'emploie le maïs que bien mûr et bien sec; on est donc porté à penser qu'ailleurs les meuniers fraudent les farines de maïs et permettent ainsi aux moisissures de se développer; ce qui est certain, c'est que la farine est plus dangereuse humide que bien sèche.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Les états neurasthéniques ; par le D^r André Riche, 1 vol. in-12 des *Actualités médicales*. Paris, J.-Baillière, 1908.

M. A. Riche a essayé d'introduire dans la question de la neurasthénie un peu de clarté et de précision. C'était nécessaire pour cette névrose comprise de façon si diverse et dont les limites avec certaines affections mentales sont très vagues.

Dans son livre bien divisé et très didactique, M. A. Riche étudie le syndrome neurasthénique, caractérisé par une diminution de l'énergie nerveuse, résultant du surmenage physique ou psychique. Il commence par un exposé analytique complet des symptômes de la névrose de Beard : topoalgies, insomnie, éréthisme nerveux, etc., insistant surtout sur l'état mental des malades. Dans le chapitre suivant l'auteur étudie les divers types de neurasthéniques, c'est-à-dire les formes cliniques de la maladie, formes cérébro-spinale, cérébrasthénique, monosymptomatique, etc.

Vient ensuite l'étude des neurasthénies associées à un état organique, neurasthénie des dyspeptiques et des urinaires, par exemple, et enfin la description des neurasthénies associées à d'autres psychonévroses : hystéro-neurasthénie, psychasthénoneurasthénie.

Mais la partie la plus intéressante de l'ouvrage est le diagnostic. L'auteur distingue la neurasthénie de la forme dépressive de la paralysie générale et de la mélancolie ; il insiste surtout sur les différences avec la psychasthénie hypochondriaque constitutionnelle. Tandis que la neurasthénie, névrose acquise, résulte de causes variées accidentelles provoquant un état mental spécial, la psychasthénie serait un trouble héréditaire se manifestant dès l'enfance ou l'adolescence par les réactions habituelles de la dégénérescence : obsessions, phobies, anxiété.

Le côté pratique de la question n'est pas négligé par M. A. Riche; il étudie longuement le traitement par le régime et les agents physiques et enfin tout particulièrement le traitement mental.

En somme, dans un volume de lecture rapide et facile, l'auteur fixe bien les limites entre la neurasthénie et les maladies analogues. Il est incontestable que la réalité n'est pas si simple et qu'il existe des formes de transition et d'association entre ces névroses limitrophes; mais il n'en est pas moins heureux que M. Riche nous ait donné un cadre clair et précis pour cette question si complexe.

D^r PAUL GUIRAUD.

Maladies de la moelle et du bulbe (non systématisées); par le D^r C. Oddo. 1 vol. in-12 de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris, O. Doin, 1909.

Le D^r Oddo a choisi un sujet un peu ingrat. La description des maladies non systématisées du bulbe et de la moelle ne peut guère se faire d'après une idée générale qui la rende intéressante et homogène. L'écueil est de juxtaposer comme dans un manuel les diverses affections, sans lien et sans vue d'ensemble. M. Oddo a su éviter cet inconvénient dans son récent ouvrage précis et complet.

A la suite de Déjerine et Thomas il fait entrer dans le cadre des maladies non systématisées les poliomyélites aiguës et même chroniques, en raison de la diffusion des lésions autour des cornes antérieures. Il en est de même pour le bulbe où les lésions cellulaires ne sont pas exclusives et systématisées; le sujet se trouve ainsi notablement élargi.

M. Oddo fait précéder l'étude des maladies du bulbe d'un résumé anatomo-physiologique illustré de schémas classiques. Cet exposé démontre qu'une lésion, même minime, altérera fatalement plusieurs groupes anatomiques, noyaux ou fibres, réalisant ainsi une association symptomatique ou syndrome bulbaire. Il y a un syndrome des noyaux moteurs, un syndrome du noyau de Deiters, des syndromes fasciculaires qui peuvent, suivant la localisation de la lésion, s'associer variablement. Il est ensuite facile de décrire les maladies particulières du

bulbe : ramollissement, hémorragies, tumeurs, caractérisées par une lésion toujours de même nature.

Pour la moelle, M. Oddo étudie successivement les diverses affections non systématisées : myélites aiguës, poliomyélites, sclérose en plaques, syringomyélie.

La description est toujours concise, claire, bien divisée; la bibliographie riche, commode, récente.

Puisque le volume est consacré aux affections de l'axe bulbo-spinal tout entier, il eût peut-être été bon de ne pas séparer complètement les maladies du bulbe de celles de la moelle. L'artério-sclérose du bulbe et celle de la moelle se prêtent facilement à une description commune, de même la syringomyélie; quant à la sclérose en plaques et à la sclérose latérale amyotrophique, elles sont aussi bien des affections bulbaires que médullaires.

Tel qu'il est cependant, l'ouvrage reste très intéressant, aussi complet et plus clair que les grands traités.

D^r PAUL GUIRAUD.

On the circulation of the lobar ganglia (La circulation des ganglions centraux du cerveau); par les D^{rs} H. F. Aitken et Ayer. Broch., in-4°, avec planches. Extrait du *Boston medical and surgical Journal* de mai 1909.

Dans ce travail, composé principalement de planches dessinées par l'auteur même d'après ses dissections, Aitken a repris l'étude de la circulation des corps opto-striés, déjà faite par Duret. Mais, au lieu de procéder comme ce dernier, par des coupes entrecroisées, Aitken a disséqué les vaisseaux de leur naissance à leur terminaison. Aitken explique par cette différence de méthode l'impossibilité où il a été de vérifier les descriptions de Duret. Il s'étonne même que Duret ait laissé publier certaines planches, celle, entre autres, qui a servi à Charcot pour la création de l'artère de l'hémorragie cérébrale : planche et artère sont devenues classiques. D'autres détails des planches de Duret sont en complet désaccord avec le texte du même auteur d'après Aitken.

Sur 45 cerveaux, Aitken n'a jamais rencontré d'artère lenticulo-optique. A la fin de son travail, sont résumées parallèlement la description sur quoi s'appuyait Charcot et la sienne.

D'après Charcot :

1. La cérébrale moyenne a un rôle prédominant. Elle irrigue : 1° la plus grande partie du noyau caudé ; 2° tout le noyau lenticulaire ; 3° une partie du thalamus ; 4° toute la capsule interne.

2. La cérébrale antérieure n'a pas de position constante. Elle irrigue la tête de N. C., pas constamment.

3. La cérébrale postérieure est plus importante que l'antérieure. Elle irrigue surtout les bandelettes optiques, puis l'étage supérieur des pédoncules et les tubercules quadrimaux.

D'après Aitken :

1. La cérébrale moyenne n'a pas, sans aucun doute, de rôle prédominant. Elle irrigue : 1° une partie limitée du N. C. (le derrière de la tête) ; 2° le milieu du N. L. ; 3° aucune partie du Th. ; 4° la partie moyenne de la C. I. ; 5° très peu la capsule externe.

2. La cérébrale antérieure a un calibre égal à celui de la cérébrale moyenne. Elle irrigue : 1° constamment la tête du N. C. ; 2° surtout le globus pallidus et le tiers antérieur de putamen ; 3° faiblement la partie antérieure de C. I. et la capsule externe. (Elle forme le système ou artère de Heubner.)

3. La cérébrale postérieure n'est pas plus importante que l'antérieure.

4. L'artère choroïdienne de la carotide interne irrigue faiblement le tiers postérieur du putamen ; puis le globus pallidus et la partie inférieure de la capsule interne.

Sur quarante-cinq cerveaux, pas d'exemple d'artères lenticulo-optiques.

(Ce travail est commenté et présenté par le Dr Ayer pour lequel il a été fait.)

Contributo clinico allo studio dei rapporti fra disturbi psichici e diabete (Contribution clinique à l'étude des rapports entre les troubles psychiques et le diabète); par le D^r Giacinto Fornaca. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista veneta di scienze mediche*. Août 1909.

Il arrive souvent qu'un médecin appelé à donner son avis sur le cas d'un malade atteint de quelques troubles mentaux reste suggestionné par la gravité des symptômes psychiques et par ce que lui raconte l'entourage; il envoie le patient à l'asile en négligeant de procéder à un examen minutieux des organes internes et principalement du foie et des reins.

Cet examen minutieux est fait alors à l'asile pendant la période d'observation; mais ultérieurement peuvent encore se faire jour des modifications somatiques qui passeront inaperçues si les examens ne sont pas répétés de temps en temps.

L'auteur rapporte une observation qui montre la nécessité de cette manière de faire. Il s'agit d'une malade de trente-deux ans, fille d'un buveur cardiaque et impulsif, internée pour la quatrième fois depuis l'âge de vingt et un ans pour des phénomènes de dépression avec idées délirantes de ruine et de culpabilité, suivis trois mois après d'une crise d'excitation. Au septième mois, à une époque où la malade était de nouveau en pleine dépression avec très mauvais état général et polyurie abondante, un nouvel examen montra l'existence d'une glycosurie de 6 p. 100 environ avec exagération dans l'élimination de l'urée. Quinze jours après la prescription d'un régime approprié, la glycosurie et l'élimination de l'urée diminuaient en même temps que l'état mental s'améliorait nettement. Deux mois et demi après, la malade avait repris son état normal, la glycosurie ayant été réduite à 18 p. 100, taux auquel elle persista jusqu'à la mise en liberté. La suppression du régime, tentée dans un but de contrôle, déterminait toutes les fois des phénomènes de déficit.

Il est difficile de dire laquelle des deux séries de phénomènes, troubles mentaux ou glycosurie, avait préexisté. L'auteur admet que la malade, fille d'un cardiaque impulsif et buveur, était prédisposée aux troubles du système nerveux et de la nutrition; il avait observé chez elle les petits accidents du diabète, son premier accès de dépression avait été consécutif à des accidents gastriques; il se considère donc comme autorisé à admettre

dans ce cas une correspondance directe entre les troubles psychiques et les altérations des échanges. D'ailleurs l'amélioration a coïncidé nettement avec le changement de régime consécutif à la découverte de la glycosurie et l'épreuve de la suppression du régime spécial a occasionné une rechute.

Tout en concédant que les phénomènes mentaux observés sont ceux que l'on rencontre le plus communément dans le diabète, l'auteur ne les regarde pas, avec juste raison, comme caractéristiques de cette maladie et fait observer qu'il n'y a pas de folie diabétique au sens étroit du mot. Les phénomènes observés sont toujours ceux qui caractérisent l'intoxication en général. Il est cependant toujours intéressant de signaler les cas dans lesquels peut être nettement prouvée la relation de cause à effet entre le diabète et les troubles mentaux.

LUCIEN LAGRIFFE.

Syphilomanie et syphilophobie ; par le D^r Alexandre Morvan.
Thèse de Paris, 1909, 70 pages.

« La syphilomanie est l'obsession de l'idée de syphilis, évoluant chez des individus non syphilitiques et n'ayant point de motifs sérieux de se croire atteints. » Au contraire, « la syphilophobie vraie est constituée par l'obsession de l'idée de syphilis, logée dans le champ psychique d'un individu réellement syphilitique ». Il semble, au point de vue de la sémiotique, que le nom de syphilophobe serait mieux appliqué aux syphilomanes et réciproquement ; cependant il n'en est rien, car les syphilomanes sont généralement incurables, au contraire des syphilophobes, et la plus grande gravité de leur cas nous semble être justement traduite par la substitution du suffixe *mane* au suffixe *phobe*.

Ces états, étudiés pour la première fois d'une façon complète par le P^r Charles Audry (de Toulouse), ont fait le sujet, sous l'inspiration très avisée de M. Bodin (de Rennes), d'une thèse inaugurale qui ne peut manquer d'intéresser vivement les aliénistes. Les syphilomanes, en effet, finissent souvent dans les asiles, soit en raison de leur syphilomanie elle-même, soit pour toute autre cause, car ils sont « presque toujours des névropathes et des dégénérés souvent aliénés dès le début de leur obsession ».

La syphilomanie se présente bien quelquefois avec toutes les

allures de l'obsession : c'est sans doute dans ce cas-là qu'elle doit guérir. Mais plus souvent, et c'est là un point sur lequel M. Morvan aurait dû insister et auquel il aurait dû penser, en sa qualité d'ancien interne d'asile et en présence d'une obsession comme son observation II, la syphilomanie présente tous les caractères de l'hypocondrie délirante de M. Gilbert Ballet, que nous appelons depuis Sérieux et Capgras forme hypocondriaque du délire d'interprétation.

De même il n'aurait pas été déplacé de dire un mot de cette gloriole de la syphilis que l'on observe si souvent dans les états d'excitation et dans la paralysie générale chez des malades qui se vantent d'avoir eu cette maladie, complément obligatoire pour eux de la vie large qu'ils ont menée. †

Quant à la syphilophobie, elle guérit donc souvent, ce qui est une consolation pour le syphilitique qui finit par vivre en bonne intelligence avec son mal. M. Morvan estime que tous les travaux récents de vulgarisation sur les dangers de l'avarie n'ont pu et ne peuvent malheureusement qu'augmenter le nombre de syphilophobes ; et je crois qu'il a raison : certaines manifestations de la campagne contre la syphilis ont été de mauvaises actions ; la mauvaise réputation de la vérole est universellement connue, et une pièce comme *Les Avariés*, sans donner des scrupules aux gens peu consciencieux, peut empoisonner l'existence de ceux qui, sur la foi de leur médecin, s'étaient crus guéris.

En résumé, travail intéressant et de bon aloi.

LUCIEN LAGRIFFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HAMEL. Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1908 et rapport à l'appui du compte rendu administratif de l'exercice 1908. 63 pages in-8°. Rouen, imprimerie Cagniard, 1909.

LALLEMANT, SIMON et DUPOUY. Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1908 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1908. 42 pages in-8°. Rouen, imprimerie Cagniard, 1909.

H. LAVRAND. Rééducation physique et psychique, 1 vol. in-16 de 123 pages de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C^{ie}, 1909.

ALBER. De l'illusion, son mécanisme psycho-social, avec une préface de Raymond Meunier. 1 vol. in-16 de 119 pages de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1909.

MONGERI et ANFOSSO. La législation italienne sur l'hospitalisation des aliénés. 52 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du 3^e Congrès international de l'assistance des aliénés*. Vienne, 7-11 octobre 1908. Vienne, Franz Doll, 1909.

EUGENIO STOCKIS. La identificación judicial y la filiación internacional. Traducido al Castellano por D. Fernando Bravo Moreno. 54 pages in-8°. Extrait de la *Gaceta medica catalana*. Barcelona, 1909.

LACHAUD. Pour la race. Notre soldat, sa caserne, 1 vol. in-8° de 381 pages. Paris, Henri Charles-Lavauzelle, 1909.

Société de patronage des aliénés sortis guéris ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés du Rhône. Compte rendu de l'exercice 1908. 18 pages in-8°. Lyon, 1909.

E. RÉGIS. Précis de psychiatrie. 1 vol. in-18 de 1202 pages, de la *Collection Testut*. Paris, Octave Doin et fils, 1909.

DOUTREBENTE. Médecine mentale. 40 années de pratique médicale et administrative. 1 vol. in-8° de 498 pages. Tours, Péricat, 1909.

BREUCQ. Le plaisir et la douleur. Théorie physiologique, 54 pages in-8°. Bayonne, imprimerie Lamaignère. Mai 1909.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 26 avril 1909, 11 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet-août 1909.

J. RAMADIER et L. MARCHAND. Variété de trophœdème acquis chez une femme ovariectomisée, goitreuse et aliénée. 8 pages avec planche. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, numéro de mai-juin 1909.

A. ANTHEAUME et ROGER MIGNOT. Les maladies mentales dans l'armée française, 1 vol. in-18 de 268 pages. Paris, H. Delarue et Cie, 1909.

DÉROISIN. Notes sur Auguste Comte par un de ses disciples. 186 pages in-8°. Paris, Georges Crès et Cie, 1909.

H. E. AITKEN et JAMES P. AYER. A report on the circulation of the lobar ganglia. 27 pages in-4° avec planches. Extrait de *The Boston, medical and surgical journal*. Mai 1909.

LEITAO DA CUNHA et VIAMA. Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet-août 1909.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêtés d'août 1909 : M. le D^r THIBAUD, faisant fonctions de médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est titularisé dans ces fonctions ;

M. GRIMA, directeur de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le D^r AMELINE, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé directeur-médecin de la Colonie agricole d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher), poste créé.

— *Arrêtés de septembre 1909* : MM. les D^{rs} LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence ; AUBIN, directeur administratif de l'asile de Marseille, sont promus à la 2^e classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le D^r CHOCREAUX, médecin en chef de l'asile de Lommet (Nord), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le D^r CHARPENTIER (Albert), médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne) ;

M. le D^r FROISSART, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var).

— *Arrêté d'octobre 1909* : M. le D^r MARCHAND, médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton, est nommé médecin en chef du même établissement en remplacement de M. le D^r RITTI, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire de la Maison nationale.

NÉCROLOGIE.

PROFESSEUR CÉSARE LOMBROSO. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite du professeur Césaire Lombroso, décédé à Turin dans sa soixante-treizième année.

Lombroso, qui était né à Venise en 1836, se fit connaître, à peine reçu docteur en médecine, par des travaux sur le crétinisme, qui attirèrent sur lui l'attention de Virchow. Il fut d'abord chargé d'un cours sur les maladies mentales à l'Université de Pavie, puis nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Pesaro, d'où il passa à l'Université de Turin, où il professa un cours de psychiatrie.

Lombroso doit être considéré comme le fondateur de l'anthropologie criminelle. Cerveau un peu fumeux, il lançait volontiers des idées, des théories, sans trop se préoccuper toujours de leur démonstration qui, trop souvent, laissait à désirer. Travailleur infatigable, qui savait faire travailler autour de lui, il a publié une quantité considérable d'œuvres, où le temps fera le départ entre ce qui est purement hypothétique et ce qui repose sur une base scientifique.

Notre savant collaborateur et ami, M. le D^r P.-L. Ladame, a publié dans le *Journal de Genève* (numéro du samedi 23 octobre 1909) une appréciation du savant et de son œuvre. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces pages sorties d'une plume autorisée, dont les lecteurs des *Annales* goûteront la haute et sereine impartialité.

« ... Chacun a pu voir à Genève cet homme extraordinaire, petit de taille, à la physionomie paradoxale (les lunettes du professeur allemand; les moustaches et l'impériale à la Napoléon III), à l'allure modeste, sans prétention, qui nous entretenait, avec une certaine véhémence, de ses recherches et de ses vues hardies, lors du IV^e Congrès international d'anthropologie criminelle, réuni dans notre ville à la fin d'août 1896. Son type anatomique du « criminel né » avait été fortement battu en brèche. Le professeur Dallemagne, de Bruxelles, entre autres, avait sommé Lombroso de déclarer nettement s'il persistait ou non à considérer la structure anatomique des malfaiteurs comme la caractéristique du *delinquente nato*. Lombroso mis ainsi sur la sellette ne répondit pas. Ce fut Enrico Ferri qui se chargea d'exposer éloquemment la manière de voir des anthropologues italiens. Il affirma que jamais ceux-ci n'avaient prétendu définir le type criminel par ses caractères purement anatomiques, et qu'ils avaient toujours proclamé que le crime était la résultante d'un ordre très complexe de facteurs anthropologiques, physiques et sociaux.

« Le Congrès aurait désiré cependant entendre Lombroso lui-même exprimer son opinion sur ce point fondamental de sa doctrine, dont il a prétendu énergiquement n'avoir jamais varié !

« Mais on sait aujourd'hui que les caractères anatomiques du *criminel né* (qu'on devrait plutôt toujours nommer « cri-

minel instinctif ») ne sont rien d'autre en définitive que les stigmates corporels de la dégénérescence, fréquents, il est vrai, chez les délinquants, mais que l'on retrouve bien souvent aussi chez ceux qui ne le sont pas et ne l'ont jamais été jusqu'à la fin de leur vie. Ferri a proclamé lui-même, dans son discours au Congrès de Genève, que les stigmates de la tare dégénérative peuvent être accumulés chez un homme qui ne deviendra jamais criminel, parce que les circonstances du milieu dans lequel il a vécu (son éducation avant tout, dirons-nous) n'ont pas favorisé l'éclosion des germes malfaisants qu'il portait en lui ; tandis qu'un individu ne présentant aucun stigmate anatomique pourra devenir criminel, sous l'influence d'un milieu pervers.

« *L'Homme criminel*, traduit en français (en 1887) sur la quatrième édition italienne (la première avait paru en 1875), eut, on s'en souvient, un immense retentissement. Malgré ses défauts et son manque de rigueur scientifique, peut-être en raison même de ses défauts, de ses excentricités et de ses hypothèses simplistes et hasardées, ce livre fit grand bruit dans le monde et fonda la célébrité de l'école italienne.

« Ce sera l'éternel honneur de Lombroso d'avoir été l'initiateur d'une science nouvelle qui a reçu le nom d'*Anthropologie criminelle*. Avant lui on négligeait beaucoup trop l'étude de l'homme, de sa constitution physique et psychique, pour concentrer surtout l'attention de la justice sur le crime. Le professeur de Turin a commis de nombreuses erreurs, sans doute, au début surtout, lorsqu'il s'enthousiasmait des premiers résultats entrevus, qu'il s'imaginait déjà réalisés. On le remarque aux tempéraments qu'il a apportés lui-même plus tard à ses opinions.

« Dans ses publications plus récentes, et en particulier dans son ouvrage le *Crime, causes et remèdes*, paru en 1899 dans la « Bibliothèque internationale des sciences biologiques », Lombroso fait à peine mention des stigmates morphologiques du criminel instinctif. Il s'occupe beaucoup plus des causes exogènes, extérieures, qui agissent sur la criminalité. Il donne toujours une importance exagérée à l'atavisme et à l'épilepsie. Toutefois ses exagérations mêmes ont été utiles à la science, en provoquant les recherches et les observations des contradicteurs. Il est évident, pour ne citer qu'un exemple, qu'on n'a pas tenu assez compte jusqu'ici des influences de l'hérédité et de l'épilepsie (suites de l'alcoolisme le plus souvent) dans la genèse des délits et des crimes. Lombroso aura eu le mérite d'attirer fortement l'attention des criminalistes sur la fréquence de ces causes biologiques dans l'étiologie du crime.

« Mais il s'est illusionné en croyant que ses découvertes

permettraient de caractériser cliniquement et anatomiquement un groupe anthropologique particulier d'individus humains, « les criminels », et de les distinguer ainsi des « hommes normaux », comme on distingue entre elles les espèces zoologiques.

« Sa théorie de l'*Homme de Génie* n'est pas moins fantaisiste, et cependant on ne peut lire sans un intérêt palpitant ce livre rempli d'idées originales, bourré de faits, de documents humains et d'observations de toute sorte, accumulés sans ordre et sans critique, mais toujours piquant la curiosité et appelant la discussion (1).

« ... Lombroso s'était toujours enthousiasmé pour les nobles causes. Ses travaux remarquables sur la pellagre en sont la meilleure preuve, de même que ses ouvrages sur les « anarchistes » (lire notamment son admirable chapitre sur la prophylaxie de cette plaie sociale), et sur « l'antisémitisme ». Il lui répugnait d'aborder cette dernière étude, qu'on lui demandait de divers côtés : « Examiner une haine entre peuples, dit-il dans « son « Avant-propos », qui ne saurait être justifiée de nos « jours, est à vrai dire une tâche odieuse et douloureuse, et il « est pénible de s'y soumettre. »

« On sait combien Lombroso s'est enflammé, dans ses dernières années, pour les recherches de l'occultisme. En s'affichant comme un fervent adepte du spiritisme, le célèbre psychiatre italien s'est créé de nouvelles inimitiés, et plusieurs ont douté dès lors de sa minerve.

« Lombroso a eu d'acharnés adversaires et des détracteurs impitoyables. Il leur a répondu par une sorte d'autobiographie défensive, qu'il a mise dans la préface de ses *Nouvelles recherches de Psychiatrie et d'Anthropologie criminelle* (2).

« C'est la destinée de tous ceux qui osent tracer de nouveaux sillons dans le monde scientifique, dit l'éminent criminaliste, de choquer les sentiments du public, tandis que les éclectiques doucereux, qui, pareils aux éponges, absorbent tout et ne refusent rien ou presque rien, laissent chacun satisfait de lui-même et ne trouvent personne qui les combatte, quitte à être bientôt oubliés!

« Toutefois, il y a des personnes qui tout d'abord s'en prennent à moi justement pour cela, et qui m'accusent de manquer de

(1) Voir, pour la réfutation des théories de Lombroso sur l'*Homme de Génie*, les remarquables articles de notre regretté ami et collaborateur, Albert Regnard, publiés dans les *Annales* de 1898 et 1899, qui ont été recueillis en un volume intitulé : *Génie et folie. Réfutation d'un paradoxe*. Paris, Oct. Doin, 1899.

— N. D. L. R.

(2) Bibliothèque de Philosophie contemporaine. Paris, 1892.

mesure et de cœur, parce que je leur réponds avec l'énergie que donnent les convictions nettes et assurées.

« On m'accuse de rudesse et même de méchanceté, si quelquefois, à la lecture des critiques qui tombent sur mes théories, un sourire à demi ironique erre sur mes lèvres.

« Pourtant ce n'est ni la haine ni le mépris des hommes qui m'entraînent ainsi, mais souvent une dure nécessité. Avant de me juger si cruellement, il faudrait avoir suivi de près ma vie scientifique.

« Jeune, je fus bafoué pour avoir introduit dans la psychiatrie les méthodes des sciences exactes; plus tard, je fus presque banni du monde scientifique de mon pays pour avoir attribué aux toxines du maïs pourri la source de la pellagre, et pour avoir essayé de découvrir la névrose du génie et celle du crime.

« Pendant bien des années, j'échouai, en somme, dans tous mes efforts pour la réforme psychiatrique, jusqu'au jour bien éloigné où mes idées reçurent quelque accueil à l'étranger.

« Lorsque, après toutes ces vicissitudes, je crois toucher au but, je trouve des gens qui combattent mes conclusions sur l'anthropologie criminelle... Bien plus, il en est qui, à bout d'arguments, s'en prennent aux conséquences lointaines de nos observations, comme si les faits n'avaient pas le droit d'exister par eux-mêmes. Il est bien difficile, dans ces cas, de réprimer un sourire, quoique je comprenne que le respect envers ses adversaires soit le premier devoir d'un savant. »

« Nous ne pouvions mieux faire, en terminant cette brève esquisse, très incomplète, de l'œuvre de Lombroso, que de citer ces quelques fragments, où il s'est peint lui-même avec tant de naturel et de simplicité. »

D^r FUSIER. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du doyen des médecins aliénistes : M. le D^r Fusier vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-huit ans. Retracer sa carrière médicale, c'est faire l'histoire de l'asile de Bassens où il avait en grande partie passé son existence.

Fusier, François, était né en 1822 à Chateaufort, commune de la vallée de l'Isère, dans un des plus beaux sites alpestres de la Savoie. Cette province, séparée de la mère patrie par les traités de 1815, faisait alors partie des Etats Sardes. En 1844, Fusier alla faire ses études de médecine à Turin, au collège des Provinces, sorte d'internat pour les boursiers universitaires. A la fin de sa quatrième année, il fut reçu au concours de l'Internat pour l'hôpital des Chevaliers. Reçu docteur en médecine et en chirurgie au commencement de 1850, il alla passer une année à Paris pour compléter ses études.

A cette époque, l'asile des aliénés de la Savoie était installé dans un ancien monastère de Clarisses en la commune du Betton-Bettonnet, non loin de Chateaufort, lieu d'origine de Fusier.

Le jeune docteur vint s'installer dans son pays natal, et tout en exerçant son art dans les campagnes, il se lia d'amitié avec le médecin de l'établissement psychiatrique, le D^r Duclos, qui le prit en grande affection. Le D^r Duclos succomba à sa pénible tâche, et désigna Fusier au conseil d'administration pour lui succéder. Ce dernier le nomma médecin de l'asile du Betton le 1^{er} juin 1851, avec un traitement de 4.000 francs. Mais cet asile d'aliénés était devenu la proie de la malaria, depuis quelques années, par suite des travaux de l'endiguement de l'Isère qui avaient déterminé la stagnation des eaux dans la vallée du Gellon. L'administration faisait construire un autre établissement, celui de Bassens. Ce fut le D^r Fusier qui transféra les aliénés dans le nouvel édifice en 1857, après avoir prodigué ses conseils compétents pour l'installation des nouveaux services.

Au moment où la Savoie fut rendue à la mère patrie, Fusier devint directeur-médecin de 4^e classe. Promu à la 3^e classe en 1864, à la 2^e en 1867, à la 1^{re} en 1871, il atteignit la classe exceptionnelle en 1878, et fut retraité le 12 février 1885, après trente-quatre ans de bons et loyaux services qui lui valurent le ruban de chevalier de la Légion d'honneur et les félicitations des Inspecteurs généraux, qui alors, étant l'élite du cadre des Directeurs-médecins aliénistes, donnaient à leurs éloges mérités la valeur d'une indiscutable compétence.

Le D^r Fusier se retira en laissant à son successeur, le D^r Boudrie, un établissement admirable comme service et prospérité matérielle, prouvant ainsi à notre génération actuelle que la direction et le traitement médical doivent être réunis dans la même maison pour donner de bons résultats.

Fusier eut la douleur de perdre sa femme en 1878 et consécutivement ses trois fils : l'aîné mourut médecin de l'entreprise du percement du canal de Panama, le second succomba en Algérie attaché à l'administration préfectorale et le troisième, avocat à Chambéry, a laissé une veuve et deux filles auxquelles nous adressons nos respectueuses condoléances. M^{me} Fusier et ses deux filles ont rendu bien douce la vieillesse de notre regretté confrère, par leur sollicitude affectueuse et leur dévouement continu. Il avait conservé jusqu'au dernier jour ses facultés intellectuelles et sa santé physique, il n'a été malade qu'un jour, s'alitant pour une congestion pulmonaire qui venait clore sans souffrance une existence bien remplie par le travail et l'honneur professionnel. — D^r DUMAZ.

LE SECRET MÉDICAL A L'ÉGARD DES ALIÉNÉS

Le D^r de Pradel a saisi le Syndicat médical de Paris d'un cas de pratique particulièrement délicat et embarrassant. Le voici tel que notre confrère l'a exposé.

« Un confrère a soigné un homme marié qui a eu des accidents cérébraux et qui a été interné. Ce client est mort et, après sa mort, sa femme s'est aperçue qu'il avait fait un testament la déshéritant complètement, et elle est venue demander au médecin qui a soigné son mari avant qu'il soit interné un certificat constatant que ce dernier avait des troubles cérébraux à une date antérieure à celle du testament, de façon à attaquer la famille de son mari en nullité de testament.

« Notre confrère m'a prié de vous demander votre sentiment à ce sujet. Peut-il ou ne peut-il pas délivrer ce certificat?

« Le médecin de l'asile a refusé de donner un certificat; il a simplement donné un certificat : entré à telle date, sorti à telle date.

« Il aurait dit à la veuve : si vous voulez un certificat constatant que votre mari était fou quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, adressez-vous au médecin traitant. (Le testament date de huit jours avant l'entrée.)

« Je demande si le médecin de famille, sachant que son malade a eu des troubles cérébraux avant son entrée à l'hôpital, peut donner un certificat à la veuve, constatant que le malade était malade cérébralement avant cette entrée. »

A la suite de cette communication s'est engagée une discussion, dans laquelle se sont fait jour les opinions les plus opposées.

Le D^r Chassevant a été pour le refus absolu. « Le médecin, a-t-il dit, n'a pas le droit de faire ce certificat; c'est une violation du secret professionnel. Ce certificat serait nul en justice. »

Le D^r Dalché, qui présidait, a été moins affirmatif, car il a résumé son opinion en ces termes : « Vous pourriez dire à notre confrère que quelles que soient les bonnes raisons qu'il ait pour délivrer un certificat, la loi le lui interdit; or, il faut respecter la loi; même quand elle ne paraît pas suffisamment juste. »

Le D^r Birabeau pense d'une tout autre façon. « J'émetts, a-t-il dit, une opinion absolument opposée en l'espèce. Lorsque le malade a été examiné et qu'il a été déclaré aliéné, ce n'est pas lui qui a demandé le certificat, on ne doit pas le secret à ce malade. C'est probablement sa femme qui a demandé un certi-

ficat au médecin pour le faire interner. Eh bien, je crois que, dans ce cas-là, la femme a un certain droit pour réclamer un certificat au médecin dont elle a eu besoin, constatant qu'il y avait des troubles datant d'un certain temps ; par conséquent, ici, le médecin ne violerait pas le secret professionnel. »

Entre ces deux opinions extrêmes, M. le D^r Granjux, le distingué secrétaire de la rédaction du *Bulletin médical*, n'hésite pas.

« C'est, dit-il, du côté du D^r Birabeau que je me rangerais, si j'avais un avis à émettre ; en voici les raisons :

« Tout d'abord, il me semble que si le certificat demandé constituait une violation de la loi, l'avocat conseil du Syndicat, M^e de Fallois, qui assistait à la séance et a pris la parole dans cette discussion, n'eût pas manqué de l'affirmer ; au lieu de cela, il s'est borné à dire :

« Le seul fait que l'individu est interné ne prouve pas qu'il « n'ait pas le droit de tester. La question qui se pose est celle « de savoir s'il n'a pas fait son testament dans un instant de « lucidité ; c'est une question d'espèce qui se débat souvent. »

« Mais ce n'est point cette réserve de l'éminent avocat, malgré toute l'importance qu'elle mérite, qui a déterminé ma conviction. Ce sont les considérations suivantes :

« En présence d'un malade dont « la tête se prend », le premier devoir du médecin est de le protéger, c'est-à-dire de faire connaître son état à la personne qui représente la famille, en indiquant les mesures à prendre. Les précautions du début, telles que : ne pas laisser le malade seul, enlever tous les objets dangereux, l'interruption des occupations, l'isolement, etc., constituent, en réalité, des mesures attentatoires à la liberté individuelle, et la personne qui les exécute a le droit indiscutable, pour mettre sa responsabilité à couvert, d'exiger du médecin un écrit établissant la nécessité desdites mesures. En supposant qu'elle ne demande pas ce certificat sur le moment, on comprend très bien qu'elle puisse être amenée à le réclamer par la suite, et, dans ce cas, le médecin ne peut faire autrement, il nous semble, que couvrir cette personne et prendre la responsabilité des mesures qu'il a prescrites.

« Nous croyons donc que dans le cas particulier envisagé par le D^r Pradel, le médecin traitant n'a pas le droit de refuser à M^{me} X... un certificat constatant, non pas que M. X... était atteint d'aliénation mentale à la date du..., mais qu'à cette date, ledit médecin a engagé M^{me} X... à prendre telles et telles mesures nécessitées par l'état de santé de son mari. Si le jour où le médecin a fait connaître à M^{me} X... que son mari était atteint d'aliénation mentale est postérieur à la date du testament, le certificat n'aurait évidemment aucune importance dans

le procès ; mais, dans le cas contraire, ce serait une pièce importante que le tribunal aurait à apprécier.

« Telle est, du moins, la conduite qui nous paraît s'imposer. En tout cas, la question est particulièrement délicate. Il y aurait intérêt à la soumettre à la Société de médecine légale. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

86. *Homicide et tentative d'homicide.* — On télégraphie d'Étaples (Pas-de-Calais) au *Petit Journal* (numéro du lundi 16 août 1909) :

La paisible commune de Merlimont, sise entre les stations balnéaires de Berck-Plage et de Paris-Plage, a été, la nuit dernière, le théâtre d'un tragique drame de la folie. Un sous-brigadier des douanes, Aimable-Charles Daubrège, âgé de trente-huit ans, a frappé à coups de bâton ses beaux-parents, les époux Wacongne-Mercier. La femme a été tuée net. Le beau-père est grièvement blessé.

Daubrège était en congé depuis plusieurs mois. Il avait été frappé d'aliénation mentale il y a un an, à la suite d'une crise de neurasthénie provoquée par un coup de feu qu'il avait reçu en service commandé. On l'avait interné dans une maison de santé, puis, comme on le croyait guéri, on le relâcha. Il vint habiter Berlimont avec sa femme, chez les parents de celle-ci.

Depuis plusieurs jours, Daubrège s'était remis à divaguer et, hier soir, après un accès violent, son beau-père, aidé des voisins, avait dû le ligoter.

Malheureusement, Daubrège parvint à se débarrasser de ses liens. Après avoir tué sa belle-mère et frappé son beau-père, il poursuivit également sa femme, qu'il frappa ; mais cette dernière put se dissimuler dans une étable où on l'a retrouvée, à demi morte de frayeur. Le fou meurtrier, resté seul, lava sa victime des pieds à la tête et l'ensevelit, puis mit le feu à la grange et éteignit ensuite le commencement d'incendie.

Des voisins, accourus, tentèrent d'arrêter le meurtrier. Daubrège, les menaçant d'un couteau, réussit à se frayer un passage et se perdit dans la nuit.

Les brigades de gendarmerie de la région furent aussitôt prévenues et se mirent en chasse.

Daubrège, qui avait pris le train pour Boulogne, où il se fit remarquer par des excentricités, et qui avait pris ensuite le tramway pour Wimereux, a été arrêté par cinq gendarmes et amené à la prison de Montreuil-sur-Mer. Il était vêtu de son uniforme de sous-brigadier, chaussé de pantoufles et nu-tête.

Il paraissait encore très excité et proférait des menaces à l'adresse de sa femme :

87. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du mercredi 18 août 1909) :

Le regard fixe, l'air misérable, un individu aux cheveux grisonnants se présentait, hier matin, avenue Victoria, chez le concierge des bureaux de l'Assistance publique.

— J'en ai assez ! dit-il à ce dernier. Montrez-moi où se trouve M. Mesureur, que je lui fasse son affaire !

Et, menaçant, l'homme brandissait un long couteau de boucher...

Aidé d'un agent, le concierge désarma le forcené et le conduisit au commissariat du quai de Gesvres. Le malheureux fou, nommé Louis Hutin, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

88. *Double tentative d'homicide.* — On écrit du Vésinet au *Journal* (numéro du mardi 24 août 1909) :

Au n° 6 de la rue Albert-Joly habite, dans un confortable pavillon, une institutrice à l'école communale, M^{me} L'Eplattenier, mère d'une fillette de six ans et d'un garçon d'un an, le jeune Henri.

Ce dernier, plus particulièrement, est confié aux soins d'une nourrice, M^{me} Eugénie Flamant, âgée de vingt-six ans.

A 3 heures de l'après-midi, comme celle-ci s'apprêtait à sortir pour promener un peu le nourrisson, elle trouva devant elle, sur le seuil du pavillon, la mère de M^{me} L'Eplattenier, M^{me} Marie Mathieu, née Marie Rose, âgée de soixante et un ans, ex-institutrice, qui exerça pendant plus de vingt-cinq ans à Bois-Colombes et qu'une grave maladie mentale fit interner à deux reprises dans une maison de santé.

M^{me} Mathieu, l'air parfaitement calme, pria la nourrice de rentrer, sous prétexte qu'elle avait des choses graves à dire à sa fille.

Et l'entretien, roulant au contraire sur des sujets de la dernière banalité, se prolongea jusqu'à 6 heures du soir.

A ce moment, la grand'mère manifesta l'intention d'accompagner la nourrice à la promenade qu'elle allait faire avec le petit Henri.

M^{me} Eugénie Flamant, tenant entre ses bras le nourrisson, se dirigea vers les pelouses du Grand Lac.

Soudain, M^{me} Marie Mathieu, qui cheminait à ses côtés et qui, depuis la maison, n'avait pas prononcé une parole, saisit la nourrice par la nuque et, l'obligeant à se pencher, lui tira à bout portant un coup de revolver dans le côté gauche.

La pauvre femme, hurlant de douleur, mais tenant toujours contre son sein le précieux fardeau dont elle avait la garde,

s'enfuit à toutes jambes dans une villa voisine, où on s'empresse de lui donner asile...

Mais l'aïeule, arrivant en coup de vent, profita de l'émotion générale pour arracher le jeune Henri des mains de la blessée et disparaître avec non moins de rapidité.

Quand chacun fut revenu de sa stupeur, tandis que quelques personnes de bonne volonté s'empressaient de prodiguer les premiers soins à M^{me} Flamant, on se mit en quête de la dangereuse folle.

On retrouva aisément sa trace, car elle avait fui vers le lac, tenant le bambin par les pieds, la tête en bas, et criant d'une voix qui n'avait plus rien d'humain :

— Il faut mourir!... Il faut mourir!...

On arriva juste au moment où l'aliénée venait de se précipiter à l'eau avec l'infortuné bambin...

Le lac, heureusement, est peu profond : un valet de chambre, M. Joseph Castel, put aisément sauver l'aïeule et son petit-fils avant que l'asphyxie ait fait son œuvre.

La nourrice, dont l'état est très grave — on croit que la balle, après avoir traversé la hanche, s'est logée dans les intestins — a été ramenée, avec le nourrisson, rue Albert-Joly, où le Dr Pottier lui prodigua les soins les plus empressés.

Quant à M^{me} Mathieu, qui, en cours de route, s'était débarrassée de son revolver, elle est gardée à vue par la gendarmerie, où ses propos incohérents ont rendu tout interrogatoire impossible. Elle sera vraisemblablement dirigée ce matin même sur Versailles pour être internée.

89. *Tentative d'incendie et de suicide.* — Un comptable, M. François Joseph, âgé de quarante et un ans, demeurant rue des Entrepôts, à Saint-Ouen, a tenté hier, dans un accès subit de folie alcoolique, de mettre le feu chez lui. Ceci fait, il s'empara d'un rasoir et se trancha le larynx.

Transporté à l'hôpital Bichat, il a été, après pansement, dirigé sur l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du lundi 30 août 1909.)

90. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Bruxelles au *Journal* (numéro du dimanche 5 septembre 1909) :

Un drame s'est déroulé cet après-midi, vers 3 heures, rue de la Madeleine, n° 27, dans une maison occupée par l'armurier Janssens.

Un ouvrier armurier, Louis Sallès, âgé de soixante-deux ans, est entré brusquement dans le magasin, s'est emparé d'une carabine chargée et a tiré dans la direction du fils Janssens et d'un autre ouvrier nommé Laureys, âgé de vingt-cinq ans.

Le fils Janssens a été blessé à la tête. Laureys a eu les intestins perforés. Il est mort peu après son arrivée à l'hôpital.

Son coup fait, le meurtrier est sorti de la maison et s'est tiré un coup de revolver dans la tête.

Le meurtrier donnait des signes de folie depuis un certain temps.

Les blessés ont été transportés à l'hôpital. Le meurtrier est mourant.

91. *Tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Bruxelles à *L'Eclair* (numéro du mardi 7 septembre 1909) :

Un dramatique incident s'est déroulé cet après-midi au cinématographe, installé boulevard du Nord, à Bruxelles.

Il y avait foule à la représentation, lorsque, brusquement, six détonations retentirent. Il n'y eut pas de panique parmi le public, qui crut qu'un accident s'était produit sur la scène, mais on remarqua bientôt une dame, qui se trouvait au premier étage, tenant un revolver en main. Des agents se précipitèrent vers elle, mais ils furent accueillis à leur tour par de nouveaux coups de feu. Les pompiers de service durent braquer une lance d'incendie sur la malheureuse, afin qu'on puisse s'en emparer. On la conduisit au poste. Un médecin fut appelé, qui constata qu'on se trouvait en présence d'une pauvre folle, atteinte de folie mystique. Elle se nomme Clara Gérard, âgée de vingt-cinq ans, et est originaire de Namur.

Un des spectateurs, le jeune Bogaerts, âgé de quinze ans, a été atteint d'une balle à la tête, mais sa blessure n'est heureusement pas grave. Une dame, qui se trouvait assise non loin de lui, a eu ses vêtements traversés par une balle.

92. *Suicide.* — On télégraphie de Soissons au *Journal* (numéro du mardi 21 septembre 1909) :

M^{lle} Audier-Glaton âgée de trente-sept ans, professeur de piano, à Paris, et actuellement en villégiature chez ses parents, s'est jetée sous un train, hier matin, à Braisne.

M^{lle} Glaton était neurasthénique, aussi la surveillait-on de très près. Hier matin, s'échappant de chez ses parents, elle venait s'accouder sur la barrière du passage à niveau, près de la gare de Braisne. Au moment où le train de Reims arrivait à toute vitesse et avant que le garde-barrière ait pu maintenir la désespérée, elle alla se placer sur la ligne. Le mécanicien aperçut bien la pauvre femme, mais ne put stopper.

Après le passage du train, on ramassa le cadavre horriblement mutilé.

93. *Incendie et menaces de mort.* — Dans la soirée d'hier, Pierre Chouine, quarante-huit ans, tailleur, 80, rue Saint-Antoine, fut pris d'une crise d'alcoolisme.

Après avoir aspergé ses meubles de pétrole, le pochard y mit le feu. Puis, de la fenêtre de sa chambre, située au sixième étage, il cria : Au feu ! » Bientôt, plusieurs locataires de

l'immeuble et quelques passants qui avaient aperçu les flammes vinrent au secours du tailleur.

Mais ce dernier, armé d'un sabre-baïonnette, les empêcha d'entrer. Entouré de flammes, Pierre Chouine vociférait :

— Le premier qui entre, je le transperce !

Ce fut avec d'innombrables précautions que des gardiens de la paix et des pompiers parvinrent à se rendre maîtres du feu. L'incendie fut ensuite éteint assez rapidement. (*Le Matin*, numéro du mardi 28 septembre 1909.)

94. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Metz au *Journal* (numéro du jeudi 30 septembre 1909) :

Hier, à Sarreguemines, au moment où les enfants sortaient de l'école, une femme, nommée Koch, atteinte de folie, se précipita sur un enfant et le jeta dans la Sarre. L'enfant fut sauvé par des témoins de la scène. La femme Koch a été internée.

95. *Tentatives de suicide.* — Un drame de la folie s'est déroulé, hier après-midi, rue Notre-Dame-de-Nazareth, 22.

A cette adresse habitaient depuis un an les époux Lorain. Le mari, âgé de trente-cinq ans, occupait une situation assez lucrative ; mais, neurasthénique, il avait déjà tenté, à diverses reprises, de se suicider.

Il avait réussi, hier, en l'absence de sa femme, à s'introduire dans la bouche le tuyau à gaz de la cuisine, lorsque M^{me} Lorain le surprit, à son retour, dans cette situation, à demi asphyxié : il voulut alors se jeter par la fenêtre... Sa crise de folie attira les voisins et les gardiens de la paix : un peu plus tard, le pauvre aliéné était transféré à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du lundi 4 octobre 1909.)

Résumé. — Nous avons recueilli, dans les *Annales* de 1909, 95 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies ; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicide, fournissent, comme tous les ans, un contingent des plus sérieux, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort.	34
Suicides.	21
Homicides.	16
Homicides et suicides.	13
Excentricités.	7
Incendies.	4
Total.	95

Ainsi sur 95 cas relevés, il y a 29 homicides — près du tiers, ou plus exactement 30,90 p. 100 — dont 13 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 34), ainsi que de 4 incendies. Ce qui intéresse surtout, c'est le nombre de victimes faites par ces 95 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé fait avec soin, il y a eu :

Blessés grièvement	45
Tués	43
Morts par suicide.	30
<hr/>	
Total	118

Ainsi notre statistique donne 43 personnes tuées par des aliénés en liberté, 45 blessés grièvement, dont un certain nombre ont succombé ultérieurement; enfin, 30 aliénés se sont suicidés, dont plus du tiers après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans nous avons enregistré plusieurs cas, où les malades ont fait plusieurs victimes; ainsi, un aliéné a tué 5 personnes; 2 autres en ont tué 4; 3 en ont tué 3. Il en est 1 qui a fait 7 victimes dont 3 tuées, 4 mortellement blessées; un autre a fait 6 victimes, dont 1 tuée, 1 mortellement blessée et les 3 autres ayant reçu des blessures graves. Ce sont, comme on voit, de véritables hécatombes qui, semble-t-il, devraient pouvoir être évitées.

La plupart de ces crimes ont, en effet, été commis par des aliénés qui depuis longtemps présentaient des troubles mentaux, et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient déjà été traités dans des asiles, quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. A. R.

LA CRIMINALITÉ ET L'ALCOOL.

Depuis longtemps les médecins aliénistes ont fait ressortir les relations qui existent entre le développement de l'alcoolisme et l'augmentation de la criminalité. Tout récemment, M. le Dr Vallon a fait, à l'Académie de médecine (séance du 5 octobre 1909), une intéressante communication sur ce grave problème social et prouvé, à l'aide d'une statistique per-

sonnelle, que l'alcoolisme était le plus grand facteur de la criminalité. Quelques jours après le *Temps*, (n° du vendredi 15 octobre 1909) abordait le même problème, à propos de la publication du rapport de la justice criminelle pour l'année 1907. Nous croyons devoir reproduire cet article si intéressant de notre confrère de la presse politique :

« Le *Journal officiel* publie une navrante statistique : celle des crimes commis au cours de l'année 1907. Grâce à un tableau comparatif, nous voyons que le nombre des affaires soumises aux cours d'assises en 1907 s'est élevé à 2.357, soit 214 de plus qu'en 1906. Les crimes contre la propriété ont diminué de 4 p. 100 ; l'augmentation concerne donc exclusivement les attentats contre les personnes. Et deux remarques importantes pour la recherche des causes de l'extension de la criminalité sont à faire au sujet de ces chiffres.

« Les crimes avec préméditation, les « beaux crimes », comme on dit en argot de police, ne sont pas plus nombreux en 1907, que les années précédentes. L'augmentation constatée depuis dix ans dans la criminalité porte uniquement sur les meurtres simples. D'autre part, on observe que le maximum de criminalité se trouve dans la catégorie des mineurs âgés de seize à vingt ans. Nous regrettons que le rapport du ministre de la Justice n'établisse pas une comparaison entre la quotité des mineurs condamnés en 1907 et celle des mineurs condamnés pendant les dix années précédentes.

« Quoi qu'il en soit, il importe de dégager les causes de cet accroissement de la criminalité simple, afin de l'enrayer, si cela est en notre pouvoir.

« Le rapport attribue, justement à notre avis, cette augmentation aux progrès de l'alcoolisme. Et il est très instructif de le suivre dans son étude savante de la criminalité, répartie suivant les catégories professionnelles et les régions. Cela permet au lecteur de se rendre compte que ce sont les métiers qui fournissent le plus d'ivrognes et les régions où se débite le plus d'alcool qui possèdent la proportion la plus élevée de criminels.

« Ces professions sont : les journaliers des villes occupés aux travaux de manutention et de transport (50,9 sur 100.000), puis les marins pêcheurs (44,2 sur 100.000). Quant aux régions, la grande criminalité est proportionnelle à la consommation d'alcool.

« La statistique est une science précieuse, à la condition que nous suivions ses indications. C'est un mentor par lequel doit se laisser guider le législateur. La démonstration nous semble faite. L'alcoolisme est la cause directe de l'accroissement de l'impulsivité brutale des hommes, et, par voie de

conséquence, de la criminalité. Les assommoirs, dans les grandes villes, et les débits ruraux, où les marins pêcheurs viennent se griser de « calvados », sont les pourvoyeurs des prisons et du bagne.

« Il faut donc d'urgence s'attaquer à l'alcool, puisque voilà l'ennemi. A notre avis, la situation appelle un remaniement général du régime de l'alcool. Et si l'on ne veut pas en arriver tout de suite à concevoir la réforme fondamentale qui pourrait délivrer la France de ce fléau, qu'on multiplie les palliatifs ! La restriction du nombre des débits, la suppression du privilège des bouilleurs de cru seraient de bonnes mesures. Il convient d'agir, et vite. »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1910.

PRIX AUBANEL. — 1.200 francs. — Question : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

ANNÉE 1911.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1909 et en 1910, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1909, pour les prix à décerner en 1910, le 31 décembre 1910, pour les prix à décerner en 1911 au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr ANT. RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE X^e VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Le XIX ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Nantes : 2-8 août 1909; par le Dr Roger Dupouy	177

II. — Histoire.

Un aliéniste précurseur; par le Dr Edmond Cornu	5
Pierre-Louis Pinel; par le Dr René Semelaigne	207

III. — Pathologie.

Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile; par les Drs Chaslin et A. Collin	15
Sur la cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la neurasthénie; par le Dr Serge Soukhanoff	27
Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales; par les Drs Leitao da Cunha et Ulysse Vianna	39
Effets du régime végétarien sur les urines des épileptiques; par les Drs E. Lallemand et A. Rodiet	211
Diagnostic différentiel des délires de cause chloralique; par le Dr G. de Clérambault	220 et 365
Psychoses toxi-infectieuses et démence précoce; par le Dr Alvarez G. Salazar (traduction par J.-M. Dupain)	353
Délire aigu avec syndrome choréique et mort subite; par les Drs Rémond (de Metz) et Voivenel	390
Hypothermie dans la paralysie générale sans ictus ni agitation, survie; par le Dr Jean Lépine	396

IV. — Médecine légale.

Débile homicide. Irresponsabilité. Demande de mise en liberté. Rejet après expertise médico-légale; par le Dr Chatelain	44
Documents de médecine légale : Un cas de dépossession et un cas de fétichisme; par le Dr A. Adam	400
Kleptomanes et vols aux étalages; par le Dr P. Hospital	419

V. — Revue critique.

Le délire d'interprétation; par le Dr Lucien Lagriffe	249
Le régime des aliénés, à propos d'un ouvrage récent; par le Dr V. Parant père	431

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 26 avril 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : M ^{me} Motet, MM. Antheaume, Olivier, Lecha-Marzo, Simon, Etchepare, Antonini, Laurent. — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Raoul Leroy comme membre titulaire; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Delmas; élection. — De l'origine périphérique du délire. Discussion : MM. Vigouroux, Arnaud, Picqué, Vallon, Sollier. — De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats, par M. Legrain. Discussion : MM. Rayneau, Vallon, Legrain, Dupré, Arnaud, Colin, Trenel.	57
<i>Séance du 24 mai 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Mirallié, Leroy, Al. Pilcz, Muggia. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Th. Simon; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Etchepare; élection. — Démence rapide chez une épileptique, par MM. L. Marchand et H. Nouët. Discussion : MM. Vallon, Ballet, Marchand, Briand. — Paramyoclonus multiplex voisin du type de Friedreich chez un comitial, suite de traumatisme, par MM. Sizaret et Ravarit.	79
<i>Séance du 28 juin 1909.</i> — Correspondance manuscrite et imprimée : MM. Deny, Dupain, Picqué, Mirallié, Delmas, Simon, L. Marchand, Del Greco. — Mort de M. Bourneville : M. Legras. — Réforme du concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés. Démarche du Bureau de la Société auprès de M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur : M. Legras. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. de Clérambault. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Trenel. — De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. Discussion (<i>suite</i>) : MM. Legrain, Briand, Arnaud, de Clérambault, Vallon, Kéraval, Blin.	269
<i>Séance du 26 juillet 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Vallon, Armand Laurent, Giuseppe Meggia. — Les hallucinations lilliputiennes, par M. Raoul Leroy. Discussion : MM. de Clérambault, Leroy, Trenel. — Conditions sociales et individuelles de l'état de fugue, par MM. R. Benon et Froissart. Discussion : MM. Vigouroux, Kéraval, Ritti, Legras, Trenel, Pactet, Renon.	277
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Statuts et règlement d'administration intérieure.	450

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1909).

(Anal. par le D^r P. GUIRAUD.)

Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe.	295
Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire.	295

	PAGES
Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique. . .	296
Méningite tuberculeuse terminale chez un dément précoce dégénéré héréditaire.	296
Un cas de paralysie générale juvénile. Autopsie.	297
Un cas de maladie mentale familiale. Psychose de forme périodique chez deux sœurs.	297
Migraine. Aphasie et parésie transitoires. Alcoolisme. Fugue inconsciente et fugue consciente. Tendance au suicide.	298
Mélancolie chez une négresse soudanaise.	299
La persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale. . .	299
Deux cas d'aphasie sensorielle.	299
Un cas de délire d'interprétation.	300
Pouls lent permanent, vertiges épileptiformes et troubles mentaux. .	300
Paralysie générale précoce avec syphilis héréditaire.	301
L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression. .	301
Paralysie générale et aphasie-agnosie.	302
Paralysie générale infantile.	302
Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans.	303
Astasie-abasie délirante ou simulée.	303
Paralysie générale amaurotique.	303
Un cas de psychose hallucinatoire.	304
Dégénérescence mentale avec épilepsie, actes inconscients, fugues, impulsions.	304
Paralysie générale prolongée.	305
Hémiplégie d'origine traumatique.	305
Guérison tardive d'états aigus graves.	457
Démence précoce post-traumatique.	457
Paralysie générale et mal perforant.	458
Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans. Début des accidents à quatorze ans. . .	458
Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication par le gaz d'éclairage.	459
Amnésie rétrograde partielle chez une débile.	459
Hallucinations obsédantes et obsessions hallucinatoires.	460
Obsessions, impulsions et tics chez un dégénéré.	460
Encéphalite hémorragique. Multiples foyers d'hémorragies punctiformes limités à la substance grise.	461
Maladie de Parkinson avec démence et cécité corticale.	461
Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples.	461
Traumatisme ancien. Onze trépanations. Épilepsie jacksonienne. .	462
Attaques comitiales. Délire consécutif mnésique. Commentaires. .	463
Syndrome paralytique. Disparition des troubles mentaux. Persistance d'une sclérose en plaques frustes.	463
Délire d'interprétation chez deux sœurs.	464
Paralysie générale infantile.	465
Kyste séreux des méninges chez un épileptique.	465
Tumeur de la dure-mère. Troubles mentaux et compression cérébrale.	465
Deux cas de troubles mentaux observés chez des électrocutés. . .	465
Syndrome chez un débile. Possibilité de paralysie générale juvénile.	466
Confusion mentale hallucinatoire par suite de tuberculose iléo-cæcale. Guérison par intervention chirurgicale.	466
Aphasie ou démence?	467
Anomalie artérielle probable chez une mélancolique.	467
Un cas de folie intermittente. Myoclonie et délire de possession prémonitoire des accès.	467

	PAGES
Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable	468
Un cas de tumeur cérébrale latente	468

JOURNAUX ITALIENS (1906).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Nouvelles recherches sur la nature des principes toxiques contenus dans le sang des épileptiques	101
Sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie	102
La fonction des canaux semi-circulaires, étude critique et expérimentale	103
Cytolysine thermolabile et coctostabile dans le sang des psychopathes	104
Signification et fréquence des manifestations hémilatérales dans l'épilepsie essentielle	104
Sur les altérations des cellules nerveuses dans l'hyperthermie expérimentale étudiée par les méthodes de Donaggio	105
La pression sanguine dans les maladies mentales	106
Sur les voies pyramidales de l'homme	107
Les lésions du réseau neurofibrillaire endo-cellulaire chez les mammifères adultes totalement ou partiellement privés de l'appareil thyro-parathyroïdique et leurs rapports avec la température	108
Le problème anthropométrique du crétinisme endémique	108
La criminalité dans le stade initial de la démence précoce	109
A propos des réactions phénoliques des cultures de certains aspergillus et de certains penicillium	110
Note préliminaire sur l'étude de la résistance du réseau fibrillaire des cellules nerveuses de la moelle épinière des lapins adultes	111
Les caractères dégénératifs chez 24 criminels-nés	469
Contribution à l'étude de la morphologie cérébrale des délinquants	470
Sur le tatouage des prostituées et des pédérastes	470
Rapports entre les caractères anormaux somatiques et l'éducabilité des sens	470
Contribution à l'étude anatomo-histologique du système nerveux dans le crétinisme	411
Obsession hystérique de paternité cause d'homicide	471
Contribution clinique au traitement chirurgical et à la pathogénie de la maladie de Basedow	472
Chorée préparalytique	473
Psychologie des témoins	473
Sur quelques types de mentalité inférieure	473
Le nouveau monogénisme	475
Maïs et pellagre au Mexique	475
Le génie chez les bégues	476
Superstitions criminelles à Cuba	476
Andropornio	476
Epileptique homicide	477
Etrange anomalie chez un épileptique homicide	477
Manifestations symptomatiques rares dans un cas de paralysie progressive	477
Crâne d'épileptique avec épine faciale anormale bilatérale et d'autres anomalies notables	477
Pouvoir d'imiter les gestes et les sons	478

	PAGES
Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire suivant les principes de l'anthropologie criminelle	478 et 481
Du parallélisme entre l'homosexualité et la criminalité innée . .	480
Installation d'asiles pour l'internement perpétuel de certains criminels déclarés irresponsables.	480
Quelques recherches sur les causes de l'augmentation des vols pendant l'hiver et des coups et blessures pendant l'été.	481
Simulateur	481
Anthropologie criminelle et organisation scientifique de la police.	482 et 488
Le juge contemporain	482
Organisation pratique de la prophylaxie de la criminalité juvénile. .	482
Contribution à la morphologie du cerveau des femmes criminelles. .	483
Anthropologie des classes pauvres et ses rapports avec l'anthropologie criminelle	483
Délinquance criminelle en rapport avec l'âge	483
Hystérique-homicide-suicide.	484
Hystériques criminelles.	484
Contribution à l'étude des fonctions du lobe frontal.	485
Recherches sur l'isolyse chez les hystériques et les épileptiques. .	485
Paralytique voleur.	486
Epilepsie cataméniale.	486
Un idiot submicrocéphale.	486
Sur les formes de transition entre la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie	486
Le suicide chez les nègres.	487
Sur la signification de l'accroissement des ongles chez les déments précoces.	487
La délinquance-fiscale	488
Songes stéréotypés chez un jeune homme.	488
Fossette occipitale médiane dans un crâne hydrocéphale.	488
Du rôle de la pitié dans la justice	488
Traitement des criminels au point de vue scientifique	489
Criminalité et lutte des classes dans les Pays-Bas	489
Notes anthropologiques sur un mélancolique homicide.	489
Précocité dans la criminalité	490
Le caractère criminel.	491
Traitement moral des criminels aliénés.	491
Morphologie de la glande thyroïde chez les fous.	491
Anomalies histo-morphologiques chez les criminels et les épileptiques	491
Sur une loi de développement de la criminalité	492
Criminoloïde semi-passionnel	492
Parésies mimiques unilatérales chez les personnes normales, les fous et les criminels	492
Conscience dans les accès d'épilepsie	493
Exhibitionnisme et kleptomanie chez un dégénéré génial.	493
Contribution clinique à l'étude de la myoclonie infectieuse de l'enfance.	493
Procès en nullité de mariage pour cause de psychopathie	494
Annulation d'un mariage pour impuissance fonctionnelle à base psychique.	494
Note sur la pellagre dans les Langhe	495

JOURNAUX AMÉRICAINS (1906-1908)

(Anal. par les Drs VICTOR PARANT et AMELINE.)

	PAGES
La pathogénie de quelques impulsions.	111
La psychologie des conversions religieuses subites.	111
Qu'est-ce que l'hypnose ?	112
La valeur de l'interprétation biologique pour la psychologie anormale.	112
La synthèse expérimentale des mémoires dissociées dans l'amnésie alcoolique.	113
L'hystérie au point de vue de la dissociation de la personnalité.	114
Un cas de double conscience : type amnésique avec fabrication de souvenirs.	114
Fabrication subconsciente apparente.	114
Les associations au point de vue psycho-physique.	115
Attaques psychasthéniques simulant l'épilepsie.	115
Vingt-sept cas de chorée chronique progressive.	116
L'artério-sclérose dans ses rapports avec la maladie mentale.	116
Développement moderne de l'assistance et du traitement des aliénés dans l'Etat de New-York.	117
Un criminel soi-disant aliéné.	117
L'alcool, facteur étiologique des maladies mentales.	117
Pellagre et folie pellagreuse dans la Caroline du Sud.	117
Espérances et déceptions de la psychiatrie.	118
Psychiatrie et prophylaxie.	118
Hôpitaux d'admission et quartiers de traitement dans les asiles publics d'aliénés.	118
Hôpitaux d'admission, quartier et hôpitaux de traitement.	118
Etat mental des aveugles.	119
Etude anatomo-pathologique d'un cas d'hydrocéphalie.	119
Etude sur la folie survenant entre soixante et quatre-vingts ans.	119
De la dimension qui convient aux asiles d'aliénés.	119
Une visite aux cliniques psychiatriques et aux asiles du vieux continent.	120
Notes sur quelques cliniques psychiatriques et quelques asiles d'Allemagne.	120

JOURNAUX ESPAGNOLS (1907)

(Anal. par le Dr ARSIMOLES.)

Nouvelles destinées de l'anthropologie criminelle.	306
Délire systématisé progressif. Rapport médico-légal.	310
Le criminel ; ses anomalies ; réalité du type délinquant.	310
Exaltation passionnelle et responsabilité pénale ; rapport médico-légal.	311
La vanité criminelle.	311
Dipsomanie et épilepsie alcoolique ; rapport médico-légal.	311
Enseignement de la médecine légale au Chili ; son programme.	312
Folie survenue au cours d'une instruction judiciaire.	312
L'assistance des aliénés criminels dans les asiles espagnols et en particulier à l'asile de San Baudilio (Barcelone).	312
Un cas d'hystérie délirante guérie.	312
Institut de criminologie ; sa fondation dans le pénitencier national de Buenos-Ayres.	313
Un sadique assassin.	313
Puérilisme mental.	313
Psychopathies infectieuses aiguës.	314

	PAGES
Troubles somatiques et psychiques dus au sulfonal	314
L'aliénation mentale et les erreurs judiciaires	315
Incapacité civile des hystériques	315
Sur la pathologie de la puberté	315
Éducation des enfants arriérés	315
L'épilepsie infantile et le traitement métatrophique	316
Libération et abandon des aliénés délinquants	317
L'aliénation mentale et le délit; condamnation de malades irresponsables	317
Les aliénés et la loi pénale	318
Dissimulation dans les délires systématisés	318
Responsabilité et alcoolisme	318
Hystérie et responsabilité pénale	319
Sacher-Masoch et le masochisme	319
La renaissance de la doctrine du neurone	320
Conférences sur l'alcoolisme	322
L'aliénation mentale à Costa-Rica	322

III. — Bibliographie.

Les psychoses puerpérales traitées à l'asile de Bel-Air (Genève) de 1901 à 1908; par le Dr E. Lévy (Anal. par le Dr Ed. Borel)	121
Conception et limites de la démence précoce; par le Dr Giuseppe Muggia (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	124
L'inhibition motrice étudiée expérimentalement chez les malades mentaux; par le Dr Ettore Patini (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	125
Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse; par le Dr Otto Ranke (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	127
Sur les altérations du cerveau dans la syphilis congénitale; par le Dr Otto Ranke (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	128
L'hôpital d'Etat Dannemora pour aliénés criminels. Huitième rapport annuel du médecin en chef, finissant le 30 septembre 1907 (Anal. par le Dr V. Parant fils)	129
Le mouvement des aliénés en Italie pendant l'année 1907; par le Dr d'Ormea (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	130
Les tests mentaux dans la pratique psychiatrique et médico-judiciaire; par le Dr E. Padovani (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	131
Un moyen le plus convenable de pourvoir à la garde des aliénés criminels; par le Dr G. Muggia (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	132
Contribution à l'étude de la voie du langage; par le Dr Tancredi Cortesi (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	133
Le revêtement neurokératinique des cellules nerveuses étudié chez l'homme; par le Dr Eugenio Bravetta (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	133
A propos de la réaction de quelques maladies mentales à l'épreuve conjonctivale de Calmette; par les Drs G. Boschi et G. Franchini (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	134
Le réflexe dorso-cuboldien de Mendel en pathologie mentale; par le Dr F. de Angelis (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	135
La paranoïa suivant les derniers travaux italiens; par le Dr A. Alberti (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	135
La courbe du travail mécanique externe chez les déments travailleurs; par le Dr Gaetano Martini (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	136
Les stigmates somatiques dans la démence précoce; par le Dr P. de Angelis (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	137
Contributions expérimentales à l'étude des conditions organiques des déments précoces; par le Dr Giuseppe Muggia (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	138

	PAGES
Recherches sur le rythme respiratoire chez les déments précoces ; par le Dr d'Ormea (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	138
Fragments d'esthétique picturale ; par le Dr Antonini (Anal. par le Dr L. Lagriffe)	140
Précis de psychiatrie ; par le Dr E. Régis (Anal. par le Dr Dou- trebente)	324
Comment reconnaître l'arriération mentale chez l'enfant ; par le professeur Ziehen (Anal. par le Dr de Clérambault)	325
Traitement et guérison d'un cas de débilité morale et intellectuelle ; par le Dr Lightner Witmer (Anal. par le Dr Ed. Cornu)	328
L'alcoolisme en Charente-Inférieure ; par le Dr Robert Mabilie (Anal. par le Dr A. Cullerre)	330
Les états neurasthéniques ; par le Dr And. Riche (Anal. par le Dr Paul Guiraud)	496
Maladies de la moelle et du bulbe (non systématisées) ; par le Dr C. Oddo (Anal. par le Dr Paul Guiraud)	497
La circulation des ganglions centraux du cerveau ; par les Drs H. F. Aitken et Ayer (Anal. par le Dr Ameline)	498
Contribution à l'étude des rapports entre les troubles psychiques et le diabète ; par le Dr Giacinto Fornaca (Anal. par le Dr La- griffe)	500
Syphilomanie et syphilophobie ; par le Dr Alexandre Morvan (Anal. par le Dr Lagriffe)	501
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	145, 331 et 502
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 26 avril 1909	145

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Allaman, Ricoux, Vienx-Per- non, Bécue, Chaize, Albès, Dupony, Rougeon, Conrbon, Mézie, Dide, Dubuisson, Jacquin, Robert, Olivier, Sizaret, Déchelotte, Rombler, M ^{mes} Niclo, Rodhain, MM. Baudouin, François, Barbé, Kahn. — Séance solennelle et banquet de la Société médico- psychologique. — Nécrologie : Dr Bourneville. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Le concours de médecin en chef des asiles de la Seine au Conseil d'Etat. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — XIX ^e Congrès des médecins aliénistes et neu- rologistes de France et des pays de langue française. Nantes, 2-8 août 1909. — Prix de la Société médico-psychologique (1910- 1911)	136
Nominations et promotions : MM. Raymond, Marie, Damalix, Arsimoles, Hamel, Bourdin, Mercier, Bierry. — Certificats pour placements dans les établissements d'aliénés. Condamnation d'un médecin. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Faits divers	338
Nominations et promotions : MM. Thibaud, Grima, Ameline, La- lanne, Toy, Aubin, Chocreaux, Charpentier (Albert), Froissart, Marchand, Ritti. — Nécrologie : C. Lombroso, Fusier. — Le secret médical à l'égard des aliénés. — Les aliénés en liberté. — La criminalité et l'alcool. — Prix de la Société médico-psycho- logique (1910 et 1911)	504
Table des matières du tome X de la 9 ^e série	521

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.